

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P DE ENFERMERIA

**Función educativa de la enfermera en la promoción de
la salud. Microred Chancas de Andahuaylas DISA IV
Lima-Este**

TESIS

para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Rocío Quispe Sánchez

ASESOR

Josefa Arcaya Moncada

Lima – Perú

2007

AGRADECIMIENTOS

A las autoridades y al personal de enfermería de la microrred chancas de Andahuaylas. DISA IV. Lima-Este.

A la Mg. Josefa Arcaya por sus valiosos aportes y orientaciones que permitieron la realización del presente trabajo.

A mis colegas y amigos: Diana, Nilton, Marely y David, por su participación en la recolección de los datos, igualmente a las licenciadas Jessica Taipe y Giovanna Reyes.

A mi esposo David e hijas, Amy y Dayanni por su comprensión, sacrificio y compañía que me muestran en todo momento.

A mis padres José y Nelly por su apoyo incondicional y a mis hermanos por su apoyo moral y amor sincero.

A enfermería por ser una profesión muy importante en la vida del ser humano, y al comprender lo valioso que es, fue el estímulo para seguir en la carrera.

INDICE

Pg.

Agradecimientos.....	ii
Dedicatoria	iii
Indice	iv
Indice de tablas	vi
Resumen	1
Presentación	3

CAPITULO I: INTRODUCCION

A. Planteamiento del problema.....	5
B. Formulación del problema.....	6
C. Justificación.....	7
D. Objetivos.....	7
E. Propósito.....	8
F. Antecedentes del estudio.....	8
G. Base teórica.....	13
H. Definición operacional de términos.....	34
I. Operacionalización de la variable.....	35

CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODOS

A. Nivel, tipo de investigación y métodos.....	36
B. Descripción de la sede de estudio.....	37
C. Población y muestra.....	37
D. Técnica e instrumento de recolección de datos.....	37
E. Validez del instrumento.....	38

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN Pg.

A. Presentación, análisis e interpretación de datos.....	39
--	----

CAPITULO IV: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES

Y LIMITACIONES

A. Conclusiones.....	56
B. Recomendaciones.....	57
C. Limitaciones.....	58

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INDICE DE TABLAS

Pag.

1. Planificación de las actividades que realiza la Enfermera en la promoción de la salud. Microrred chancas de Andahuaylas. Lima. Junio a noviembre del 2006.....	40
2. Actividades educativas que realiza la enfermera, por escenario y grupo étnico. Microrred chancas de Andahuaylas. Lima. Junio a noviembre del 2006.....	42
3. Contenidos educativos desarrollados en las Actividades educativas realizadas por las Enfermeras microrred chancas de Andahuaylas. Junio – noviembre. Lima. 2006.....	44
4. Técnicas educativas que se usaron con frecuencia en las actividades educativas, por escenario y grupo étnico. Microrred chancas de Andahuaylas. Jun – Nov. Lima 2006.....	46
5. Materiales educativos usados por las enfermeras, según escenario y grupo étnico. Microrred Chancas de Andahuaylas. Jun –Nov. Lima. 2006.....	48
6. Personas responsables de ejecutar las actividades educativas, por escenario y grupo étnico. Microrred chancas de Andahuaylas. Jun – Nov. Lima. 2006.....	50
7. Tiempo que utilizan las enfermeras durante las Actividades educativas, por escenario y grupo étnico. Microrred Chancas de Andahuaylas. Jun – Nov. Lima. 2006.....	51

8. Evaluación de las actividades educativas que realizan las enfermeras, por escenario y grupo etáreo. Microrred chancas de Andahuaylas. Jun. – Nov. Lima. 2006..... 53

RESUMEN

El presente estudio cuantitativo es de tipo descriptivo con corte transversal, se realizó con el objetivo de analizar la función educativa de la enfermera en la promoción de salud, enfermeras que laboran en la Microrred Chancas de Andahuaylas de la DISA IV, siendo un total de 9 enfermeras, durante los meses de junio a noviembre del 2006.

Se utilizó la técnica de observación y como instrumento una lista de chequeo la que fue validada por jueces expertos. Los resultados se presentaron en tablas y fueron analizados a la luz del proceso educativo considerando los diversos escenarios donde se desenvuelve la enfermera que trabaja en comunidad y tomando en cuenta todas las etapas de la vida.

Luego del análisis y discusión se llegaron a las siguientes conclusiones: En términos generales la función educativa de la enfermera en la promoción de salud se da en un nivel regular, evidenciándose debilidad tanto en la planificación, en la ejecución como en la evaluación; no realiza en forma sistemática el desarrollo de las actividades educativas, esta se desarrolla con poca frecuencia y con una limitada interacción y comunicación con el educando y la comunidad. Respecto a los escenarios, las enfermeras cumplen más su función educativa dentro del centro de salud que en los demás escenarios: familia, hogar escuela y comunidad, descuidando la oportunidad de enseñar sobre salud a un mayor número de individuos, y captar a personas con alto riesgo de salud que muchas veces no acuden a los establecimientos. La enfermera focaliza su función educativa mayormente a los niños, descuidando la educación para adolescentes y el adulto mayor, coincidentemente en los establecimientos de salud la intervención de enfermería en los programas dirigidos a estos dos grupos etáreos es mínima y muchas veces nula.

Palabras claves: Función educativa, promoción de la salud.

PRESENTACION

Lograr el bienestar de una población resulta una tarea muy difícil para el estado, por que esta comprobado que no solo basta curar cuando se esta enfermo sino además prevenir enfermedades, conocer y adquirir conductas saludables que favorezcan la salud del individuo y de los que le rodean.

La promoción de la salud, es un nuevo enfoque que ofrece grandes ventajas a la salud de la población y con un bajo costo; utilizando herramientas claves como la educación y la comunicación. Entendiéndose la educación para la salud como un proceso dado por un personal capacitado, cuyo propósito es que las personas cuiden de si mismas, de su familia y comunidad, entonces fácilmente se podría relacionar con la labor de enfermería en la comunidad, quien es la profesional que desarrolla diversas actividades enfocadas a la promoción de salud del individuo, familia y comunidad, dentro de estas actividades, la enseñanza sobre salud ha sido considerada durante mucho tiempo como una responsabilidad importante de la profesión, aunque no siempre ha recibido la atención que se merece.

Por lo tanto se considera importante estudiar la función de enfermería en la promoción de salud, tema que me ha llevado a realizar el siguiente trabajo de investigación, titulado: “Función educativa de la enfermera en la promoción de salud. Microred Chancas de Andahuaylas. DISA IV ”, que tiene como objetivo analizar la función educativa y luego caracterizar la función según escenarios y grupos etáreos. El trabajo consiste en las siguientes partes: Capitulo I: Introducción, sobre planteamiento y formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, antecedentes del estudio, base teórica y definición operacional de términos; Capitulo II: Material y métodos que incluye tipo y nivel de investigación, métodos, descripción de la sede de estudio, población y

muestra, técnicas e instrumento de recolección de datos, procedimiento y análisis de datos; Capítulo III: Resultados y discusión, contiene presentación, análisis e interpretación de datos; Capítulo IV: Conclusiones, recomendaciones y limitaciones. Por último se presenta referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

A. PLANTEAMIENTO

Las diversas actividades de la enfermera que trabaja en la comunidad están enfocadas a la promoción de la salud del individuo, familia y comunidad. La enfermera que labora en la comunidad ejerce sus funciones dentro de un establecimiento de Salud que corresponde al primer nivel de atención, el cual brinda servicios básicos de salud y su labor también es preventivo-promocional y recuperativa; pero para promocionar salud es necesario educar, aspecto que es frecuentemente descuidado.

La educación para la salud o educación sanitaria, según MINSA (1997) “es un proceso dirigido a promover estilos de vida saludables (hábitos, costumbres, comportamientos) a partir de las necesidades específicas del individuo, familia o comunidad. Desde este punto de vista, la educación sanitaria comprende un conjunto de actividades educativas desarrolladas en procesos formales e informales, que ejecutan permanentemente (educación continua) todos los actores, como parte de las actividades institucionales, no se limita a la transmisión puntual de mensajes mediante charlas o demostraciones.” (1). Para lograr los objetivos de la educación en salud, la enfermera deberá primero conocer a la comunidad y sus características, los problemas que más le aquejan y los recursos con que ella cuenta. Sin embargo actualmente se observa que la relación entre la enfermera y la comunidad sigue siendo lejana. Espinoza (2000), refiere: “El personal de salud de los establecimientos carece de los instrumentos metodológicos para propiciar una real

participación de los miembros de las comunidades de su entorno, para la mejora de las condiciones de salud comunitaria....La relación del personal con las comunidades, esta basada en una atención asistencialista , con programas diseñados de manera vertical... que no parten de una relación horizontal con los miembros de las comunidades y por lo que no son fruto de un proceso de formulación de sus necesidades y aspiraciones...” (2)

Durante mis años de pregrado en la realización de practicas de enfermería en los establecimientos de salud se ha observado muy débil la función educativa de la enfermera que trabaja en comunidad, observándose que las actividades educativas brindada a los grupos poblacionales eran ejecutadas en su mayoría por las estudiantes y las técnicas de enfermería, usando como única técnica educativa la tradicional charla educativa.

Ante esta realidad en contraste con lo que debe ser la función educativa de la enfermera que trabaja en la comunidad, es que me formulo algunas interrogantes como: ¿Es realmente importante para la enfermera su función educativa?, ¿la función educativa de la enfermera que trabaja en la comunidad corresponde al perfil ocupacional?, ¿la función educativa que cumple la enfermera responde a las necesidades de salud de la población?, ¿la función educativa contribuye con la labor de los establecimientos de salud de promoción?. Tomando en cuenta estas y otras interrogantes, veo conveniente la necesidad de estudiar: ***“¿Cómo es la función educativa de la enfermera en la promoción de la salud. Microred Chancas de Andahuaylas de la DISA IV Lima-Este?”*** .

B. FORMULACION DEL PROBLEMA

El problema a investigar se plantea de la siguiente manera:
“¿Cómo es la función educativa de la enfermera en la promoción de la salud. Microred Chancas de Andahuaylas de la DISA IV Lima-Este?” .

C. JUSTIFICACIÓN

La educación es una de las funciones mas importantes de la enfermera; sin embargo a pesar que actualmente está cobrando gran interés la Promoción de la salud continua siendo aun escaso el trabajo de enfermería en esta área; por muchos motivos que limiten a la enfermera brindar una adecuada educación a la población, es necesario que la población esté bien informada de comportamientos saludables, el fomento de estilos de vida saludable y la promoción del autocuidado; para lo cual es necesario aplicar metodologías de educación y comunicación para la salud en diversos escenarios y en los espacios individual, familiar y comunitario. Por ser nuestro país multicultural, también es necesario desarrollar un enfoque intercultural desde el cual se lleve a cabo un diálogo, un encuentro entre culturas con la finalidad de llegar a consensos acerca de comportamientos y prácticas saludables.

Por ello es de menester que se conozca verdaderamente cómo se está cumpliendo la función educativa, sus características y orientaciones que permitan preveer su impacto en la salud de la población.

D. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

- Analizar la función educativa de la enfermera en la promoción de la salud en la microrred Chancas de Andahuaylas, de la DISA IV.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar las actividades educativas que realiza la enfermera en los diversos escenarios.
- Caracterizar las actividades educativas que realiza la enfermera en los diferentes grupos etáreos.
- Valorar las actividades educativas que realiza la enfermera en los diferentes escenarios y grupos etéreos.

E. PROPÓSITO.

El propósito de este trabajo es brindar una información válida sobre la función educativa de la enfermera en la promoción de la salud, y que ello permita retomar y revalorar una de sus grandes funciones dentro del establecimiento de salud, que es la educación, que muchas veces se obvia o no se da la debida importancia que tiene para el cuidado de la salud de la población, contribuyendo también al mejoramiento del proceso de enseñanza, el establecimiento de metodologías de aprendizaje grupales y participativas , intervenciones educativas para el fomento y desarrollo de capacidades para el autocuidado de si, la familia y entorno.

F. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Antecedentes nacionales

Llacctahuaman y colaboradoras (3) 1992. Quienes en su trabajo de investigación titulado: “Conocimiento de las madres de los niños menores de 5 años sobre el carnet de salud infantil y su relación con algunos factores personales y con la educación brindada por el personal de salud en la jurisdicción del hospital materno infantil Manuel Barreto”, tuvieron entre sus objetivos: Identificar en las madres de los niños menores de 5 años, la educación brindada por el personal de salud y otro determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento que tiene las madres sobre el carnet de salud infantil y la educación brindada por el personal de salud. La metodología fue descriptiva de correlación de corte transversal prospectivo; la población estuvo constituida por las madres de niños menores de 5 años de la jurisdicción del hospital materno infantil Manuel Barreto, con una muestra de 135 madres. La técnica de recolección de datos fue entrevista estructurada, elaborándose un formulario de 60 preguntas. De las conclusiones más relevantes fueron: “El mayor porcentaje de madres no reciben educación de parte del personal de salud acerca del carnet infantil cuando este se le entrega por primera vez”...”La mayoría de madres no reciben refuerzo educativo por parte del personal de salud en los diferentes contactos que tienen con el establecimiento de salud, y si lo reciben está dirigido sobretudo al componente de inmunizaciones y grafica peso edad”.

Las conclusiones a las que llegaron las autoras llamaron mi atención puesto que ha pasado más de una década y sin embargo lo mismo puede observarse en diversos establecimientos de salud de Lima.

Sánchez y colaboradora (4)1995 “Efectividad de la metodología participativa en la educación sobre SIDA a vigías vecinales”. La

investigación fue de tipo experimental y se realizó en 33 vigías vecinales del distrito de Moche, con el propósito de comprobar la influencia de las estrategias educativas innovadoras en el aprendizaje de grupos diferenciados, como alternativa de los métodos tradicionales. El instrumento usado fue una prueba de objetiva aplicada antes y después de la experiencia educativa. Como conclusiones se encontró que la metodología participativa tuvo un efecto significativo en el rendimiento de los vigías, metodología que según su opinión les permitió aprender mejor, así como adquirir confianza y seguridad en su comunicación.

Francoise (5) 1997. Con su trabajo de título: “Retención de los mensajes educativos sobre SIDA en función de una metodología educativa activa en adolescentes de seis colegios secundarios estatales de Villa Maria del Triunfo”. Cuyo objetivo general era: Determinar diferencias en el nivel de retención de los mensajes educativos sobre SIDA en los y las adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria; antes de participar al evento educativo “DISCOSIDA” y después de un periodo de 15 días, comparado con un grupo control. Entre los específicos está identificar los componentes de la metodología educativa utilizada en el evento, que facilitan la capacidad de retención. El evento Discosida se desarrolla a través de la metodología activa que busca que los participantes asuman un rol activo en el proceso de transmisión de información. El estudio fue cuasi experimental, contando con una población total de 2 240 alumnos y el control fue un 5% de la población total, quedándose con una muestra de 97 alumnos. Utilizó como instrumento al cuestionario para pre test y post test. Nos refiere esta autora entre sus conclusiones: “Los componentes de la metodología educativa utilizada en el Discosida no facilitan la capacidad de retención de la misma forma, se aprecia que el componente que mas facilita la retención de los alumnos son los animadores (85.7%) seguido de los

componentes video y estiker (59.2%), luego se encuentra el componente música (52%)...y a su vez mas que los paneles y juegos.”

Estos estudios sobre metodologías educativas en salud han permitido reafirmar lo que muchos autores en teoría comentan sobre los beneficios de la comunicación, la interacción y el uso de metodologías apropiadas para el aprendizaje en salud

Antecedentes internacionales

Duro (6) 2002. Con su trabajo titulado: “El discurso de los profesionales de atención primaria de la comunidad de Madrid acerca del trabajo con grupos: sobre técnicas y técnicos” La metaobjetivo fue de propiciar un enfoque más psicosocial en el trabajo de promoción y educación para la salud en atención primaria y como objetivos específicos: saber qué se entiende por trabajo con grupos, y conocer quiénes lo hacen y cómo se llevan a cabo las prácticas grupales. Esta investigación tuvo una perspectiva cualitativa-estructural; para la recolección de datos se realizaron cuatro grupos de discusión y cuatro entrevistas abiertas. Los grupos realizados fueron: dos con médicos, especialistas en pediatría, en medicina familiar y comunitaria, uno con profesionales de enfermería y otro con profesionales de trabajo social. Las entrevistas abiertas: dos con médicos generales y dos con trabajadores sociales de las Áreas de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Entre los resultados y conclusiones el investigador menciona que los grupos se entienden, por la mayoría de los profesionales, como agrupación de individuos homogéneos, a los que se les transmite información mediante 'charlas' que son hechas principalmente por enfermeras y trabajadoras sociales, intervenciones cortas y sin

continuidad en el tiempo. Por lo tanto se ve necesario fomentar las actividades en equipo en el trabajo grupal, mejorando la motivación y la formación de los profesionales e incrementando la evaluación de las experiencias grupales.

Esta investigación muestra que la charla es una de las técnicas mas usadas en salud y que se caracterizan por ser intervenciones cortas, sin continuidad en el tiempo, siendo similar a las características de las actividades educativas que se dan en nuestro país.

Barreto y colaborador (7) 2004 “Participación del profesional de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables para prevenir complicaciones derivadas de HTA, en los usuarios de la unidad clínica de consulta externa del hospital Dr Miguel Pérez Carreño”. Caracas-Venezuela. Teniendo como objetivo general: Determinar la participación del profesional de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables relacionados con la promoción de hábitos de salud y el autocuidado destinados a prevenir complicaciones de HTA. La investigación tuvo un carácter descriptivo, con una muestra constituida por un total de 70 pacientes, seleccionados de un total de 250 pacientes con HTA. Para lo cual se aplico un cuestionario autoadministrado elaborado bajo modalidad de escala tipo Lickert. Los autores concluyen en que existe la necesidad de que los profesionales de enfermería incrementen su participación activa en el desarrollo de las actividades educativas. Para optimizar la participación de los profesionales de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables es imprescindible que tomen conciencia sobre la responsabilidad que implica el ejercicio de la enfermería y los diversos roles que deben cumplirse sobre todo si se toman en consideración que son éstos los miembros del

equipo de salud que permanecen mayor parte con los usuarios de los centros de salud y entran en contacto con enfermos y familiares.

De este trabajo se rescata la importancia que le conceden a la educación que brinda la enfermera y sus demás roles en la promoción de estilos de vida saludable.

Perdomo (8) con su trabajo de investigación titulado “La capacitación acción-participante como estrategia para la capacitación y evaluación en educación sanitaria”. Venezuela. Estudio acerca de las prácticas educativas promovidas por la Escuela de Malariología y Saneamiento ambiental (EMSA), como una experiencia de investigación acción-participativa al incorporar el punto de vista de autoridades, docentes y alumnos acerca de practicas educativas; tuvo entre sus objetivos: describir y analizarlos modelos educativos implícitos en las experiencias de educación sanitaria promovida en la EMSA en su curso de asistentes en educación sanitaria y en sus programas educativos dirigidos a las comunidades; evaluar esos modelos educativos en términos de coherencia entre la practica y sus propuestas normativas y de su efectividad para promover la participación comunitaria en la preservación de y vigilancia de la salud; también proponer estrategias educativas que potencien los recursos y capacidades comunitarias. El método usado fue de tipo cualitativo, usando como técnica la observación participante, las entrevistas y la investigación documental. Luego de sus resultados concluye que existen 3 modelos de educación sanitaria, dos de los cuales presentan efectos perversos derivados de los estilos pedagógicos cientificistas, impositivos o irrespetuosos de las realidades comunitarias, que resultan inútiles en términos de logro o permanencia del comportamiento saludable que buscan, pero que parecen eficaces en la enseñanza de la dependencia, del paternalismo y de la inmediateista en

materia sanitaria, el tercer modelo es el nuevo enfoque educativo cuyo objetivo prioritario es fortalecer y desarrollar las capacidades de la población para la acción crítica, concertada y cooperativa frente a los problemas de salud de sus comunidades.

De Perdomo se rescata los modelos pedagógicos existentes en la educación para la salud, sobre todo el científico que conlleva a la enseñanza de la dependencia, lo cual se asemeja a nuestra realidad.

G. BASE TEÓRICA

1. PROMOCIÓN DE LA SALUD

1.1 Concepto

La 1ra Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa, Canadá 1986, aprobó la muy conocida Carta de Ottawa, que se considera como el documento más importante para el marco de referencia de la promoción de la salud, y menciona “La promoción de la salud consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. En ella, también se expone cinco acciones fundamentales para la promoción de la salud:

1. Establecimiento de una política pública en favor a la salud.
2. Creación de entornos propicios (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales).
3. Fortalecimiento de la acción comunitaria.
4. Desarrollo de las aptitudes personales (estilos de vida).
5. Reorientación de los servicios de salud.

Según la OPS/OMS (1990): “La promoción de la salud es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva”. (9)

El Comité Nacional de Promoción de la Salud CNS (2004), lo define de la siguiente manera: “Es un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarla. Busca lograr un estado de bienestar físico, mental y social, en el que los individuos y/o grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades y poder cambiar o hacer frente a su entorno”.

Existen otros y mas conceptos acerca de la promoción de la salud, pero casi todos coinciden en que la promoción de la salud es un proceso que busca el mejoramiento de la salud individual y colectiva, partiendo de que existe la necesidad de aumentar conocimientos de salud, para que la población tenga mejor control sobre su salud y pueda enfrentar las enfermedades, y esto se puede dar a través de diversas acciones, donde también interviene la política del Estado.

1.2 Importancia de la promoción de salud.

La importancia de la promoción de la salud radica en que busca contribuir al mejoramiento de la salud y bienestar de la población en todos los sentidos, tanto físico, mental, emocional y social; creando condiciones propicias en los diferentes entornos (escenarios) y grupo etareo a fin de

hacerles mas fáciles la adopción de estilos de vida saludables; esto a través de estrategias acertadas, involucrando a diferentes actores sociales, tanto a la población como a instancias del estado y otros grupos de interés que quieran actuar a favor de la salud. El mejoramiento de la salud de la población constituye una parte fundamental en el desarrollo del país, pues debemos recordar que la salud y la educación son los grandes pilares para el desarrollo de toda sociedad.

1.3 Estrategias de la promoción de la salud

En nuestro país, el Ministerio de salud (MINSA) a través de sus diferentes programas de salud ha desarrollado un conjunto de estrategias orientadas a mejorar el estado de salud y calidad de vida de diversos grupos poblacionales promoviendo cambios de comportamientos y actitudes, mejorando el acceso a los servicios de salud, entre otros.

En este esfuerzo han coexistido estrategias de educación, comunicación y participación comunitaria, todas ellas con enfoques similares y que han tratado de contribuir al mismo fin. En el 1er Encuentro Nacional de Promoción de la Salud (2004), se presenta un modelo de abordaje para la promoción de la salud, el cual incluye las siguientes estrategias:

a) Abogacía y políticas públicas

Es una estrategia de la promoción que combina acciones individuales y sociales destinadas por un lado, a superar resistencias, prejuicios y controversias. Por otro lado, a conseguir compromisos y apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud.

La abogacía es hacer pública una idea o propuesta, es llamar la atención de la comunidad y de quienes toman decisiones sobre un problema o

tema de importancia, para ponerlo en agenda y actuar sobre éste y sus soluciones.

b) Comunicación y Educación para la salud

Para el desarrollo de comportamientos saludables, es necesario aplicar metodologías de educación y comunicación para la salud en diversos escenarios y en los espacios individual, familiar y comunitario. Por ser nuestro país multicultural, también es necesario desarrollar un enfoque intercultural desde el cual se lleve a cabo un diálogo, un encuentro entre culturas con la finalidad de llegar a consensos acerca de comportamientos y prácticas saludables. Solo así será posible tener un acercamiento a las prácticas y costumbres locales y regionales en materia de salud. La comunicación considerada como una de las estrategias principales en la promoción de la salud, es reconocido también como un elemento necesario e inherente a los esfuerzos encaminados a mejorar la salud del individuo y la colectividad, puesto que a través de él se puede informar e influir en las decisiones de las personas a fin de mejorar su salud. En los últimos años, diversos autores han reconocido la importancia de la comunicación en el proceso de cambio de actitudes y comportamientos de la población; sin embargo se puede observar en el área de la salud que aun existe ese enfoque tradicional, el cual ve a la comunicación como un proceso vertical, que puede propiciar cambio de comportamientos inmediatos y que sólo era utilizada para efectos de difusión de actividades.

c) Participación comunitaria y empoderamiento social

El desarrollo local involucra un esfuerzo colectivo entre los diversos actores sociales de la sociedad civil y del Estado. Requiere de la participación de la comunidad con el propósito de identificar necesidades y problemáticas, potencialidades y recursos que permitan definir

demandas y soluciones orientadas al desarrollo colectividad. La mayor participación de los ciudadanos incide también en la consolidación de mecanismos de control social y corresponsabilidad social. Este proceso de atribución y reconocimiento mutuo de derechos y responsabilidades, así como la generación de mecanismos que permitan ejercerlo, contribuye enormemente al empoderamiento de la población. El impulso de un proceso gradual de empoderamiento individual y colectivo, es fundamental para la promoción de la salud ya que una población empoderada es capaz de ejercer control sobre los determinantes de su salud.

1.4 Lineamientos de política de la promoción de salud

Según la Dirección general de la promoción de la salud (MINSA), establece los siguientes lineamientos:

Lineamiento 1:

Desarrollar alianzas intra e intersectoriales para la promoción de la salud

- Promover que la salud es una responsabilidad compartida entre el sistema de salud la población, sus organizaciones y las diferentes instancias del Estado.
- Desarrollar mecanismos de coordinación con los municipios, las escuelas y otras instituciones en el ámbito local para favorecer el desarrollo de entornos y estilos de vida saludables.
- Incorporar la Promoción de la salud en la agenda pública, en las políticas y planes de desarrollo local.
- Crear condiciones para promover la salud mental de las poblaciones enfatizando en acciones orientadas a la detección

temprana y el fortalecimiento de factores resilientes a nivel individual y colectivo

- Promover las oportunidades y el acceso del individuo, la familia y la comunidad en procesos de toma de decisiones.
- Desarrollar condiciones que favorezcan la articulación con los procesos de descentralización y fortalecimiento de capacidades en el ámbito municipal y comunitario.

Lineamiento 2:

Mejorar las condiciones del medio ambiente.

- Propiciar el compromiso de autoridades políticas, instituciones públicas y privadas y de la sociedad civil para mejorar las condiciones del medio ambiente de la comunidad.
- Fortalecer el rol formador y socializador de la familia para el desarrollo de una conciencia de defensa del medio ambiente y de los recursos naturales.

Lineamiento 3:

Promover la participación comunitaria conducente al ejercicio de la ciudadanía

- Reconocer y revalorar el rol de los promotores de salud y agentes comunitarios como actores clave para la promoción de la salud.
- Incorporar el tema de promoción de la salud en la Agenda de las Redes
- Sociales existentes.
- Reconocer y revalorar la importancia de la participación activa de las organizaciones sociales en la promoción de la salud y el desarrollo local.
- Promover el ejercicio de derechos, roles democráticos y corresponsabilidad social con equidad de género para el desarrollo de una cultura ciudadana en salud.

- Potenciar y fortalecer a los gobiernos locales como instancia responsable de crear los ámbitos y condiciones para el pleno ejercicio de la participación ciudadana.

Lineamiento 4:

Reorientar los servicios de salud con enfoque de promoción de la salud.

- Implementar nuevas formas de organización de servicios que incorporen el enfoque de promoción de la salud en los ámbitos intra y extramural.
- Desarrollar competencias entre el personal de los servicios para que brinde atención con enfoque de promoción de la salud.
- Desarrollar políticas de formación de recursos humanos con enfoque de promoción de la salud.
- Fortalecer el trabajo de los promotores de salud /agentes comunitarios de salud, generando mecanismos de participación activa en las estrategias de salud locales.
- Fortalecer la participación comunitaria en la gestión sanitaria y los planes de salud locales.
- Fortalecer las relaciones entre los servicios de salud y todos los actores sociales relevantes al nivel local.
- Generar evidencias de la efectividad de las intervenciones en promoción de la salud que aporten información relevante para el diseño de políticas saludables.
- Los servicios de salud deberán desarrollar estrategias que contribuyan a garantizar el derecho a la vida y la salud a lo largo del ciclo vital.

Lineamiento 5:

Reorientación de la inversión hacia la promoción de la salud y el desarrollo local

- Los ámbitos locales deberán desarrollar estrategias de abogacía para involucrar a otros actores sociales en el compromiso de reasignar recursos para incrementar niveles de bienestar y calidad de vida.
- Dentro del sector salud los diversos niveles operativos deberán asignar en forma creciente mayores recursos económicos para el desarrollo de actividades vinculadas a la promoción de la salud.
- Promover el uso racional de los recursos para fortalecer la reorientación de los mismos en la satisfacción de las necesidades de salud de la población.
- Promover la relación con la cooperación técnica y financiera nacional e internacional.

2. ENFERMERIA Y LA PROMOCION DE LA SALUD

La labor profesional de enfermería abarca el cuidado de la salud tanto del individuo como de la colectividad, favoreciendo el desarrollo del ser humano en sus diferentes espacios, con un enfoque holístico, también fortalece y refuerza sus capacidades y potencialidades para su autocuidado hacia el bienestar en todos los sentidos. Por ello ésta profesión es amplia y valiosa, y en nuestro país está amparada bajo una Base legal, según el Reglamento de la ley No 27669 del trabajo de la Enfermera, menciona que el profesional de enfermería: “Interviene en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica, sistemática y humanística, en los procesos de Promoción,

prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad.”(10)

También es importante mencionar que enfermería es quien inicia los primeros servicios en la comunidad visitando a los pobres y a los enfermos en sus casas, cuidando y educando al paciente y familia. Poco a poco fue abriendo nuevos espacios de trabajo, como los extramurales, orientados hacia las áreas comunitarias; fue testigo y partícipe de la normalización de las visitas domiciliarias como sistema regular de control de crecimiento y desarrollo del niño, de la embarazada y de la puerpera, y del seguimiento a pacientes ambulatorios. Además contribuyó a la creación y formación de las promotoras de salud.

Otro punto resaltante es que la enfermera promociona la salud principalmente en el primer nivel de atención, que brinda servicios básicos de salud con una labor preventiva promocional y recuperativa. Sin embargo a pesar de la aplicación de modernas estrategias como educación, comunicación e información (ECI), participación comunitaria, entre otros, poco se ha avanzado con respecto a la promoción de la salud. Siendo necesario que se siga promocionando la salud con otra perspectiva de abordaje como lo plantea la Dirección General de Promoción de la Salud que incorpora escenarios o ambientes de la vida cotidiana como: vivienda, escuela, municipios y centros laborales donde se pueden desplegar las acciones con mayor impacto en la salud.

Teniendo en cuenta el compromiso que tiene enfermería con el individuo y la sociedad, podemos decir que la enfermera está vinculada en el área de la promoción de la salud, más aun por que tanto la labor de enfermería como la promoción de salud, se desenvuelven en los mismos escenarios, principalmente: familia, escuelas, comunidades, servicios de

salud, ente otros; actuando en todos los ciclos de vida (desde la concepción hasta la muerte).

2.1 Participación de la enfermera en los escenarios

La participación de la enfermera en la promoción de la salud se da en los siguientes escenarios:

- Familia.- La familia es la primera instancia llamada a contener, apoyar y promover la salud de sus miembros y desde la cual se debe fortalecer la construcción de entornos saludables. El espacio donde vive la familia es la vivienda, y la enfermera puede intervenir mediante la visita domiciliaria, que es la forma tradicional del cuidado de enfermería en la comunidad. La visita domiciliaria puede ser a demanda de la población con el fin de solucionar un problema puntual, o programada por el profesional de enfermería para realizar todas las actividades de enfermería de los programas de salud puestos en marcha en el Centro de Salud.
- Escuela.- Es el espacio físico y social, en el cual se da la segunda socialización de las personas, y se desarrollan habilidades y destrezas cognitivas, comunicacionales, físicas y emocionales. Se considera de gran importancia el vínculo Centro escolar-Comunidad-Familia, y por ello, las actividades educativas para promocionar la salud que se den puede ayudar a desarrollar estilos de vida saludable. Existe también la presencia de los profesores quienes pasan a ser los colaboradores para la difusión de la promoción de la salud.
- Comunidad.- La enfermera es capaz de valorar la situación de salud con el objeto de planificar, ejecutar y evaluar las acciones de promoción, mediante acciones de educación frente al individuo, familia y comunidad, para la modificación de su conducta, en pos

del mejoramiento de sus condiciones de salud, favoreciendo la difusión de los contenidos educativos y estimulando la participación comunitaria. Muchas de las actividades de enfermería en la comunidad lo realiza en coordinación con líderes de la comunidad o de las organizaciones de base.

- Servicios de salud.- La enfermera que trabaja en un establecimiento de salud presta atención individualizada o familiar ya sea en los consultorios (CRED, inmunizaciones, tópico, etc) como fuera de ellos, también se hace la captación de familias con mayor riesgo gracias a la relación interpersonal con los usuarios con En este escenario se presenta la oportunidad de brindar educación y que ésta sea tomada en cuenta, por que el ingreso de los usuarios a un establecimiento es la muestra de interés por su salud.

2.2 Función educativa de la enfermera

El Comité de expertos de la OMS (1996) menciona respecto a la función educativa de la enfermera “Una importante función de la enfermera es enseñar a los individuos, las familias y las comunidades cuestiones relacionadas con la salud. Para motivar a las personas a alcanzar sus objetivos en materia de salud, las enfermeras deben aprovechar la buena disposición para aprender y suministrarles información de manera apropiada. La enfermera deberá enseñar el autocuidado y guiar a las familias en la tarea de cuidar a sus miembros” (11)

La educación es una función que contribuye en la atención directa de enfermería, se puede dar al individuo, familia y comunidad en los diferentes niveles de atención a fin de mantener, mejorar la salud y

disminuir los riesgos a enfermar, etc. En el primer nivel de atención, la enfermera desarrolla con mayor intensidad la promoción de la salud, especialmente dirigido a las personas con bajos recursos económicos, donde se ve la necesidad de educar para la salud, haciendo uso de su conocimiento científico y respetando la cultura del individuo y la comunidad; esta educación se da en los establecimientos de salud, el hogar, la escuela y otros ámbitos de la comunidad. Entonces si la enfermera como profesional de la salud está inmersa en los temas de promoción y educación para la salud, Smeltzer y colaboradores (2004) opinan que: “Cada contacto que la enfermera establece con alguien, sin importar si esta enfermo o no, debe considerarse como una oportunidad para la enseñanza de ese individuo. Es derecho de éste decidir si aprende o no, pero la enfermera tiene la responsabilidad de presentarle la información que necesita para tomar tal decisión y motivarlo a que aprecie la necesidad de aprender. Por tanto la enfermera, debe aprovechar cada oportunidad, tanto dentro como fuera de los ámbitos del cuidado de la salud, a fin de facilitar el bienestar de la gente”(12).

Por otro lado la educación que brinda la enfermera asegura el desempeño de su carrera y logro de competencias, todo encaminado a dar una atención de calidad de enfermería, como meta prioritaria de la profesión.

3. EDUCACION PARA LA SALUD

La OPS en 1985 define a la educación para la salud como: “es un proceso que promueve cambios de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud, a la enfermedad y al uso de servicios, y además de reforzar conductas positivas. Este trabajo implica un trabajo

compartido que facilita al personal de salud y a la comunidad, la identificación y el análisis de los problemas y búsqueda de soluciones de acuerdo con su contexto social y cultural.” (13)

Para Loewe (1990) “Los objetivos de la educación para la salud se pueden expresar en términos de lograr el autocuidado, de usar los servicios preventivos y contribuir con ellos, de optimizar la relación entre la oferta y demanda de los servicios médicos, y de promover la mejor calidad de vida para la sociedad. Como puede apreciarse, es difícil, diría yo que imposible, separar a la educación para la salud de las demás acciones preventivas o medico-asistenciales. También es imposible, sobre todo en el terreno de la promoción de la salud, separar a la educación...” (14)

Guerra (1992) opina: “La educación constituye el instrumento mas poderoso para la promoción de la salud y, en consecuencia, de la productividad y calida de vida de una sociedad.” (15). Desde otro punto de vista, Mahler 2004, refiere que existe crisis en la educación, entre sus causas menciona:

- Falta de preparación específica de los profesionales.
- Resultados a largo plazo.
- Escepticismo de los que deberían impulsarla.
- Pasividad de la población, acostumbrada a delegar su cuidado.
- Falta de planificación.
- Intereses políticos.

También opina que enfermería se beneficia si se beneficia la educación para la salud. Ya que :

- Es el único profesional que cree en su necesidad.
- Al desarrollarla desarrolla su autonomía profesional.
- Es el punto necesario de encuentro entre enfermería, ciudadano y

población.

La educación sanitaria es importante en el cuidado de enfermería, ya que puede determinar la capacidad de los individuos y sus familias para desarrollar conductas que culminan en un cuidado personal óptimo. (16)

3.1 Modelos pedagógicos

Existen principalmente dos modelos pedagógicos: el conductista y el constructivista; el primero centrado en la enseñanza, modelo tradicional usado por mucho tiempo en las escuelas, se basa en la transmisión de mensajes o conocimientos, se preocupa en el que hacer del maestro y mira al alumno como un objeto receptor. Davini en 1996 refiere: "... como toda opción pedagógica, produce diversos efectos no buscados o implícitos que colocan en riesgo los objetivos transformativos de cualquier proceso de formación. La relación que se establece entre docente y estudiante es de dependencia. El resultado que arroja es el reforzamiento de la pasividad... la relación pedagógica es asimétrica; hay uno que sabe y otro que sabe menos. No obstante, con este modelo generalmente se ignora, o que sabe cree o piensa el estudiante. La consecuencia es desconocer ese saber de la experiencia como fuente de conocimiento y de problemas. El profesor es el que sabe, y allí esta para resolver todos los problemas; la iniciativa del que aprende se ve, pues, muy reducida. Al fomentarse la pasividad y la dependencia, se margina su creatividad." (17)

El segundo modelo pedagógico: el constructivismo esta centrado en el aprendizaje, en el quehacer del alumno; ésta es la nueva propuesta en el proceso de educar, que consiste en la interacción del maestro y alumno, en una relación horizontal, ahora de sujeto a sujeto. El alumno se

involucra en su aprendizaje en forma activa y continua, y el maestro se convierte en el facilitador y orientador de este proceso, integrando sus creencias y experiencias del alumno, así como valorando sus aportes. Entonces si el objetivo es transformar comportamientos y actitudes aumentando el compromiso sobre la salud de la población, el modelo pedagógico actual es el ideal para promocionar salud, por que promueve la participación reflexiva activa y crítica, y el desarrollo de las capacidades de los individuos. Sin embargo los profesionales de salud estarán preparados para lograr este cambio?. Como se mencionó anteriormente el modelo pedagógico conductista ha sido desarrollado en las escuelas por mucho tiempo, por lo cual Davini opina: “La tendencia a repetir este modelo en cualquier ámbito y para cualquier finalidad se explica, en parte porque ha sido incorporado en los sujetos desde temprana infancia, representando así un modelo conocido, que otorga seguridad” (18)

Por otro lado también se habla de la participación activa de los alumnos, la comunicación horizontal, en este caso entre el personal de salud y la población, situación que aun no se da en el sector salud; tal como lo menciona Aliaga (2003) “Una serie de investigaciones realizadas en la ultima década en nuestro país confirma la predominancia del enfoque biomédico vertical que sigue siendo asumido por los prestadores de salud del MINSA dentro del marco de la atención, pero es común en diversos países del mundo. Entre los que destacan: Modelo de comunicación vertical, el personal de salud es el que indica, da instrucciones, los usuarios sólo tiene que aceptar y acatar lo que se les indica. No se escuchan ni recogen opiniones de los clientes de los servicios respecto a su satisfacción con la atención recibida. Poca comprensión de la cosmovisión del poblador de la sierra o selva, o incluso de las zonas urbano marginales de la costa y sus concepciones respecto

a los temas de salud, dejando de lado el enfoque de interculturalidad”.
(19)

3.2 Proceso educativo en salud

Todo proceso educativo consta principalmente de 3 etapas básicas, que son las siguientes:

A.- Planificación de la educación en salud.

La planificación es el punto de partida del proceso educativo, consiste en una serie de preguntas que el educador debe hacerse como: ¿Qué hacer? ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Con qué recursos? ¿Quién o quiénes lo van a realizar? ¿Dónde?. Minaya y colaborador (2001) refiere que la planificación permite: Definir prioridades, lo que es urgente de lo que es importante. Una mejor identificación y asignación de los recursos..Concentrar las energías y recursos institucionales en los objetivos prioritarios. (20) Para ello cuenta con sub etapas muy importantes a realizar:

- **Identificación de necesidades educativas.-** Antes de iniciar un proceso educativo es necesario identificar a través de un diagnóstico, las necesidades e intereses de capacitación, sólo así los contenidos de la capacitación tendrán las condiciones para ser recepcionados por los usuarios y habrá posibilidades de lograr los resultados esperados.
- **Elaboración del plan educativo y materiales educativos.-** El Diseño Curricular no es más que el plan que debe guiar nuestras acciones para el logro de objetivos durante el desarrollo del

proceso educativo. A continuación se presentan algunos contenidos que podría tener el diseño curricular:

-Objetivo general.- Debe de enunciarse en términos de resultado, es decir que es lo que pretendemos que el auditorium esté en condiciones de hacer luego de desarrollada la actividad educativa.

-Objetivos específicos.- Estos objetivos se desprenden del objetivo general y apunta a lo que los participantes deberán hacer o conocer para lograrlo.

-Contenidos.- Lo que los participantes deberán conocer y saber hacer para alcanzar el o los objetivos específicos constituirán los contenidos temáticos.

-Procedimiento.- En este espacio se describe en forma detallada cómo van a ser desarrollados los contenidos educativos considerados en el diseño. Para facilitar el desarrollo de los contenidos (proceso enseñanza - aprendizaje), se utilizarán técnicas educativas (rotafolio, sociodrama, cuentos, juegos, etc) que también forman parte del procedimiento.

-Materiales.- En este rubro se consideran todos los materiales que van a requerirse para el desarrollo de las sesiones de acuerdo al procedimiento que se utilizará en cada tema.

-Tiempo o duración.- Especificar el tiempo necesario para el desarrollo de cada sesión de acuerdo al procedimiento y características de los participantes.

-Responsables.- Designar a las personas que tendrán a cargo la ejecución de cada sesión. Es conveniente que todos los involucrados tengan un conocimiento global del proceso educativo a desarrollar y conozcan sus responsabilidades con anticipación.

B.- Ejecución

Es llevar a la práctica o realidad todo lo planificado. Elaborado el diseño y los materiales que utilizaremos en el proceso educativo, se realizaran las coordinaciones con los líderes de la comunidad u otras personas involucradas. El MINSA opina que: “Es frecuente que al desarrollar una actividad educativa las condiciones previstas hayan cambiado, por lo que para aplicar nuestro diseño debemos adecuarlo al nuevo contexto, cambiándola si es necesario. El fracaso de muchos procesos educativos radica en que la exigencia por cumplir metas hace que los diseños o planes se apliquen tal cual fueron elaborados, sin considerar el contexto al momento de su aplicación.”(21)

C.-Evaluación y monitoreo.

La OPS / FNUAP (2001) conceptúa al monitoreo como: “el seguimiento rutinario de las actividades de un programa a través de una medición regular y continua para ver si las actividades planificadas se están realizando.... las evaluaciones de procesos recogen información que miden cuan bien se están desarrollando las actividades de un programa” (22). La evaluación puede realizarse en diferentes momentos, antes de iniciar el proceso, paralelo a su desarrollo y después de concluido (resultados). Minaya y colaborador también mencionan: “No solo evaluamos si los resultados obtenidos están de acuerdo a los objetivos que nos habíamos trazado, que sería una evaluación al final del proceso. Evaluamos también el desarrollo de las actividades, el proceso mismo, durante su ejecución, aquí se incluye el monitoreo, que es en realidad un componente de la evaluación” (23)

Tanto la evaluación y el monitoreo son importantes y necesarios porque nos permite la retroalimentación a través de un análisis crítico y constructivo del trabajo realizado.

- **Técnicas educativas**

Vienen a ser las herramientas o recursos didácticos con los que cuenta el educador: en este caso la enfermera; para conducir y facilitar el proceso de enseñanza – aprendizaje, a su vez también puede generar motivación y participación activa.

La OPS en el 2001, en un curso de AIEPI, menciona:

“Estas técnicas tiene en común que pretenden la adquisición simultanea de aptitudes y actitudes, incrementa el aprendizaje para resolver problemas que afectan vitalmente, enseñan a pensar activamente y a escuchar comprensivamente, desarrollan el sentido de cooperación y promueven mas la adquisición de experiencias que de conocimientos.” (24)

Cabe resaltar que cada técnica adquiere un carácter pedagógico y formativo en la medida en que el facilitador (educador) la aplique de manera creativa, adaptada a los objetivos de cada sesión y a las características de cada grupo. Se espera que cada facilitador, teniendo en cuenta sus experiencias y las formas particulares de aprender de los grupos, adapten, enriquezcan o si es necesario, modifiquen las técnicas, siempre y cuando prime el criterio de participación y reflexión.

Las técnicas más usadas y sugeridas para el desarrollo de las actividades educativas, son:

1.- Lluvia de ideas.- Es una técnica utilizada poner en común el conjunto de ideas o conocimientos que cada uno de los participantes tiene sobre un tema o problema, permitiendo que las personas actúen con absoluta libertad para expresar lo que se les ocurre sea razonable o imaginario, existe la posibilidad que surga una idea brillante o soluciones nuevas.

Desarrollo: Primeramente el grupo debe conocer el problema o tema de interés a fin de pensar sobre él. Luego cada participante debe decir una idea sobre lo que piensa acerca del tema y se anotará. Mientras un participante expresa espontáneamente su idea, no se debe permitir ninguna evaluación o crítica por parte de otros participantes o del coordinador. Concluida la exposición de ideas se ordena, evalúa, analiza y da prioridad aquellas ideas que resuman la opinión de la mayoría del grupo. Finalmente se hace un resumen y se extraen las conclusiones.

2.- Charlas educativas.- Técnica de comunicación verbal de tipo expositiva, por el cual el educador comparte una información a un grupo de participantes. El tema se desarrolla en forma continua y ordenada, verificando permanentemente que los mensajes sean comprendidos.

Desarrollo: La charla se divide en tres partes principales: Introducción, en la cual se motiva al grupo acerca del tema que se va estudiar, haciendo preguntas referentes a su experiencia en el tema. Depende de la motivación de los participantes para que se logre el objetivo de la charla. El cuerpo, contiene el material que debe presentarse y los contenidos del tema que se presentan en forma ordenada y lógica, teniendo en cuenta las opiniones y preguntas de los asistentes, o induciendo las preguntas relacionadas al tema; solo así se mantendrá la atención del grupo, y esperar que lo estudiado sea recordado.

3.- Sociodrama.- Consiste en la representación de papeles o situaciones de la vida real, tiene que ser breve y analizada. El sociodrama permite definir un problema y ensayar sus diferentes soluciones. Ayuda a relacionar el aprendizaje con la realidad y a aumentar el entendimiento del grupo, hacia la gente y sus problemas de salud.

Desarrollo: Se escoge a los participantes que van a realizar la representación y se precisa la situación y el objetivo. Los participantes abran de estudiar los guiones y asumir el papel que les corresponde. Los actores presentan la dramatización hasta finalizarla, luego se establece un periodo de discusión con el grupo a fin de aclarar y analizar el problema y deducir conclusiones.

4.- Demostraciones.- Es una técnica que sirve para enseñar mediante la exhibición de materiales y explicación simultanea del planteamiento, se ha uso de la ejemplificación. Las personas aprenden por la vista, el oído y a través de la ejecución manual “aprender haciendo”.

Desarrollo: Primeramente se tendrá completos y ordenados los materiales a usar y se debe ensayar la demostración para estar seguro en el momento de la realización. Luego se explican los objetivos y se procede a mostrar los materiales y se ejecuta la demostración, simultáneamente se hacen preguntas y comentarios pertinentes para que el grupo este atento. Al final los participantes repiten la demostración y se evalúan los resultados.

5.- Discusiones de grupo.- Técnica didáctica, en el cual un grupo reducido trata un tema o problema, intercambiando ideas, puntos de vista u opiniones. Busca el consenso general, es decir trabajar en conjunto par solucionar un problema que afecte el bienestar de la población. Ayuda también a perfeccionar la aptitud del pensamiento reflexivo, la cooperación y aptitud de resolución de problemas.

Desarrollo: se presentan los objetivos y el tema o asunto que de lugar a la discusión, enseguida se otorga libertad para escuchar ordenadamente las opiniones de los participantes. Luego el educador o coordinador ordena las opiniones emitidas y las complementa con las suyas. Al final se presentan las conclusiones.

6.- Cuentos y/o experiencias.- También conocida como estudios de caso, que es el estudio de una narración detallada tomada de una situación real que conocen los participantes. Esta técnica permite llegar a conclusiones, formular alternativas y tareas concretas para resolver un problema incluido en el caso.

Desarrollo: El coordinador cuenta o narra una situación o problema tomado de un caso real, se resaltan los aspectos mas importantes que se esperan que sean analizados. Los participantes opinan y discuten respecto al caso; el coordinador toma nota y sintetiza las opiniones vertidas. El grupo elige las conclusiones o soluciones que consideren certeras.

3.3 Procesos educativos con adultos.

El adulto tiene ciertas características que lo diferencian de cualquier otro grupo etáreo, dadas por sus propias experiencias e intereses. El adulto es una persona que se mira como un ser que tiene su propia dirección, según su criterio, sabe lo que quiere, hace lo que quiere, es decir toma sus propias decisiones. Cuando decide participar en un proceso educativo lo hace porque está motivado para aprender. El MINSA en 1997 nos presenta 3 principios básicos a considerar en todo proceso educativo dirigido a adultos:

- ✓ El adulto tiene un pensamiento integral en la toma de decisiones para la acción, es decir en toda decisión combina factores económicos, técnicos sociales, culturales, con predominancia de alguno de ellos pero sin excluir los otros, según el tipo de decisión que desea tomar, sin embargo muchas veces nuestras propuestas sólo consideran el factor técnico y desconocen los otros factores,

lo que hace que muchas de nuestras propuestas no sean asumidas.

- ✓ Todo adulto muestra interés por aprender lo que define que le va a ser útil para mejorar aquellos aspectos que considera mas importantes, es así que todo aquello que este directamente ligado a sus necesidades de mejorar sus actividades económica – productiva estarán en primer orden de prioridad.
- ✓ La estrategia de aprendizaje del adulto es práctica, este aprende y enseña haciendo, por lo que los procesos educativos deben ser eminentemente prácticos, siguiendo la lógica de “cómo hacer” antes que la lógica académica.(25)

También se debe resaltar que para brindar educación a un adulto se debe tener en cuenta sus creencias, valores y actitudes frente a la salud, que van a influir en la aceptación de una nueva información. Por que más que aprender de la información que se le brinde, aprende de lo que piense, sienta, vea y pueda hacer en las prácticas con esa información.

La OPS (2001), en el curso de AIEPI, describe que en la práctica educativa con adultos (la mayoría agentes comunitarios de salud), es fácil observar lo siguiente:

- Utilizan un pensamiento práctico y concreto, con escaso razonamiento abstracto, esto hace que cualquier idea o mensaje educativo que no tienda a la solución de problemas, tenga el menor valor. Los conceptos sin aplicaciones prácticas son d difícil comprensión.
- Toma el ejemplo como enseñanza y no como ejercicio de aplicaron de la enseñanza. Se le facilita mas dar un ejemplo, que explicarlo o dar una definición a partir de este.

- Si sus ocupaciones como obrero, trabajador del campo o realizando labores del hogar le impiden un contacto continuo con el ambiente educativo, es natural que se observe mayor desarrollo de la motricidad gruesa, que de la motricidad fina, lo que puede representar dificultad para escribir con agilidad.
- La falta de contacto continuo con el ambiente educativo y la utilización de habilidades motrices, más que habilidades mentales, hace que se disminuya su capacidad de concentración.
- Aunque el lenguaje oral que utiliza sea fluido y suficiente para comunicarse en su ambiente social, es reducido en relación con el vocabulario utilizado con frecuencia en la educación para la salud, lo cual puede dificultarse comprensión si este vocabulario no es suficientemente adaptado.

Cabe destacar que sus características y eventuales limitaciones no deben ser condicionantes que pueda usarse como disculpa para restringir el acceso al proceso de aprendizaje; sino como variables que hay que conocer y tener en cuenta en la orientación metodológica del proceso educativo. (26)

Así como el adulto presenta características propias para el aprendizaje, Meza (2000) menciona que el educador también debe contar con características especiales, por ello refiere: “El educador de adultos debe ser un facilitador por excelencia, que ayude al grupo a construir el conocimiento, basándose en la información, conocimientos antiguos y experiencias de cada uno de ellos; estimulando y propiciando la interacción y comunicación fluida entre ellos y entre el y ellos.” (27)

H. DEFINICION DE TERMINOS

Para la mejor comprensión de algunos términos utilizados en el presente trabajo de investigación, se presenta las siguientes definiciones:

- **Función educativa de la enfermera.-** Son actividades basadas en el proceso de enseñanza-aprendizaje que realiza la enfermera en el primer nivel de atención. Dirigida a los individuos en las diferentes etapas de vida y llevada a cabo en diversos escenarios.
- **Microred.-** Es una forma de organización que agrupa en conjunto establecimientos de salud, incluyendo centros y puestos de salud, en los cuales se brinda servicios básicos de salud, fundamentalmente de labor preventivo- promocional.
- **Promoción de salud.-** Proceso que busca mejorar el estado de salud de la población a través de la intervención del estado a fin de lograr que la gente tenga mayor responsabilidad sobre su salud.

H. OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE (Ver anexo A).

CAPITULO II

MATERIAL Y METODOS

A. NIVEL, TIPO DE INVESTIGACION Y METODO

El tipo de investigación del presente trabajo es: Investigación Cuantitativa de corte transversal, porque se hará un corte en el tiempo y con el método Descriptivo, el cual permitirá analizar la función educativa de la enfermera en el primer nivel de atención, todo en base a una observación participante y no participante, es decir el investigador observará directamente la función educativa de algunas enfermeras, y para la observación de otras se contará con sujetos aliados (internos o SERUMs de enfermería) que se encuentran trabajando juntamente con la enfermera a observar, a ellos se les explicó en que consiste la investigación y cómo llenar el instrumento.

B. DESCRIPCION DE LA SEDE DE ESTUDIO

La investigación se realizó en los establecimientos de salud que pertenecen a la microrred Chancas de Andahuaylas, distrito Santa Anita DISA IV, con un total de 5 establecimientos: 1 centro de salud materno-infantil, 2 centros de salud y 2 puestos de salud.

Cada establecimiento de salud cuenta con personal profesional y no profesional, entre ellos: médicos, enfermeras, obstetrices, tecnólogos, nutricionistas, asistentes sociales, odontólogos, técnicos de enfermería, SERUMS e internas, entre otros. Así mismo cuentan con consultorios para las diversas atenciones dirigidas al usuario y su familia.

En el caso del centro de salud materno infantil, la atención de emergencias y parto son las 24 horas, para las demás atenciones el horario es de 8am a 7pm; en los centros de salud la atención mayormente es hasta las 7pm y en los puestos aproximadamente hasta las 4pm.

Cabe resaltar que el número de enfermeras que trabajan en los establecimientos de salud son variados, así tenemos que en el centro materno infantil cuenta con 3 enfermeras, 2 SERUMs de enfermería y 4 internas de enfermería. En cada centro de salud trabajaban 2 enfermeras, 2 SERUM y 3 a 4 internas de enfermería. En los puestos de salud se cuenta con 1 enfermera y 1 SERUM en cada puesto.

C. POBLACION Y MUESTRA

La población del presente estudio lo constituyeron todas las enfermeras tituladas que laboran con pago remunerado en la microrred Chancas de Andahuaylas, y a su vez bajo el área de influencia de la DISA IV Lima este.

La muestra se determinó por conveniencia, estuvo conformada por la totalidad de las enfermeras que laboran en los establecimientos de salud, siendo el total 9 enfermeras.

D. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Para recolectar los datos se usó como técnica la observación directa puesto que el propio investigador observó a los sujetos de estudio, y observación indirecta que consiste en la observación de terceras personas, colaboradores del investigador. El instrumento que se utilizó fue

una lista de chequeo, que permite observar cómo es el desarrollo de la función educativa de las enfermeras. Esta lista presenta ítems ya establecidos y en cada uno se pudo registrar la frecuencia de las funciones educativas de la enfermera en los diferentes escenarios y grupos etáreos; la lista además cuenta con título, introducción, datos generales, instrucciones y contenido (ver anexo B).

E. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para dar validez al instrumento se realizó: juicio de expertos, conformado por un grupo de enfermeras magísteres y docentes de la universidad, expertas en el área de estudio, luego fue sometido a una prueba binomial (ver anexo C), dando como resultado dos ítems no favorables, los cuales de acuerdo a sugerencias de las expertas, se modificaron algunas preguntas del instrumento.

F. PROCEDIMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Luego de las correcciones pertinentes del instrumento, se inició a la recolección de datos, previamente instruyendo a los sujetos observadores (SERUMs e internos de enfermería) sobre el manejo de la lista de chequeo. Se asignó valores a la escala de frecuencia, así tenemos que a: frecuentemente se consideraba cuando las actividades se realizaban de 4 a mas veces por mes; poco frecuente, cuando se realizaban de 1 a 3 veces por mes y nunca, cuando ninguna vez realizaba la actividad.

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo en un tiempo aproximado de 4 semanas, pero teniendo presente que la observación era desde el mes de junio a noviembre del 2006.

Obtenidos los datos, estos fueron codificados convenientemente y se procesaron manualmente, luego se presentaron en tablas para su análisis e interpretación.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para el tratamiento de los datos, se plasmaron los resultados de la lista de chequeo en sabanas y estos fueron procesados convenientemente en forma manual, para luego representarlos en tablas estadísticas y hacer sus respectivos análisis e interpretación.

La función educativa de la enfermera en la promoción de salud centra sus acciones principalmente en los diversos escenarios y en todos los grupos etáreos, por lo cual se hace un análisis de la frecuencia y características del proceso educativo que realiza la enfermera.

En cuanto a los datos generales tenemos que la población total fue de 9 enfermeras, que hacen el 100%, de las cuales todas son de género femenino, 3 (33.3%) laboran en el centro materno infantil, 4 (44.4%) laboran en centros de salud y 2 (22.2%) en puestos de salud. Respecto a las que asumen cargos de jefatura y a la vez asistenciales tenemos 5 (55.5%) y las que realizan sólo labor asistencial 4 (44.4%). (Ver anexo D)

Observando que el total de enfermeras es 9, se deduce que este número es insuficiente frente a la cantidad de individuos que pertenecen a la jurisdicción de la microrred Chancas de Andahuaylas; a los cuales hay que promocionarles salud. Por otro lado la mayoría de las enfermeras (55.5%) presentan cargos de jefatura y comprendiendo que sus actividades son principalmente administrativas, ¿podrán cubrir las necesidades de aprendizaje que existe en la comunidad?, seguramente no; sin embargo las enfermeras deben seguir cumpliendo con sus

funciones, dentro de ellas la educativa, priorizando talvez a los grupos vulnerables. Por lo tanto se hace evidente una escasez de recursos humanos.

A continuación se presentan los resultados, el análisis y la interpretación de los datos obtenidos según dimensiones: planificación, ejecución y evaluación, en 8 tablas estadísticas lo que nos permitirá conocer cómo se desarrolla la función educativa.

TABLA No 1
PLANIFICACION DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA LA
ENFERMERA EN LA PROMOCION DE LA SALUD.
MICRORED CHANCAS DE ANDAHUAYLAS.
LIMA. JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2006.

Planifica	ESCENARIOS								GRUPO ETAREO							
	Establec De salud		Familia		Escuela		Comun.		Niño		Adolesc.		Adulto		Adulto mayor	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Adecuado	2	22.2	2	22.2	2	22.2	2	22.2	3	33.3	1	11.1	3	33.3	0	11.1
Medianamente adecuado	7	77.7	7	77.7	5	66.6	7	77.7	5	55.5	7	77.7	6	66.6	6	55.5
Inadecuado	0	0	0	0	2	11.1	0	0	1	11.1	1	11.1	0	0	3	33.3
TOTAL	9	100	9	100	9	100	9	100	9	100	9	100	9	100	9	100

En la tabla No 1 se observa que de 9 (100%) enfermeras, 2 (22.2%) realizan una adecuada planificación, es decir cumplen con los criterios para planificar las actividades educativas, se evidencia la existencia de un programa, en el cual se plantean objetivos, se realiza diagnóstico de necesidades educativas, realizan cronograma de

actividades, entre otros (anexo E); orientado principalmente en el niño y el adulto en 3 (33.3%). De 5 a 7 (55.5 % – 77.7%) que son la mayoría lo hacen medianamente adecuado aquí se incluyen las enfermeras que han cumplido con poca frecuencia estos criterios. Las que planifican inadecuadamente en los escenarios tenemos 2 (22.2%) sólo en la escuela y según grupo etareo están entre 1 a 3 (11.1% - 33.3%), siendo 1 en el niño y el adolescente y 3 en el adulto mayor o simplemente no planifican. También es oportuno mencionar que durante la observación algunas enfermeras planificaron actividades educativas, que nunca llegaron a concretarse; además muchas de estas actividades educativas no eran plasmadas por escrito o no se encontraban fácilmente al alcance del observador. Los resultados de los indicadores de la planificación (anexo E) muestran en general que existe poca comunicación con el individuo y la colectividad que conlleva a la poca consideración de las necesidades reales de aprendizaje.

Sí las actividades educativas, han tenido un nivel medianamente adecuado de planificación y hasta inadecuado en un menor porcentaje entonces quiere decir que el punto de partida del proceso educativo no es bueno y a la larga no se obtendrá buenos resultados. Cuando se educa para la salud en el primer nivel de atención primeramente se hace un análisis del grupo objetivo, se identifica necesidades de aprendizaje con la participación de los educandos, se elabora objetivos, selección de recursos, etc, es decir se **planifica** y no se improvisa. En esto se incluye la mencionada *relación horizontal* que debería darse entre el personal de salud y la población; sin embargo de lo observado se infiere que hay poca participación del educando o de la población, limitándose a ser un ente pasivo, recepcionista y con poca iniciativa; lo mismo ocurriría en el marco de la atención de salud, tal como Aliga en el 2003 refiere, que los prestadores de salud del MINSA trabajan con un modelo de comunicación

vertical donde el personal de salud es el que da instrucciones y los usuarios sólo tiene que acatar lo que se les indica, tampoco se escuchan o recogen opiniones del cliente, existiendo poca comprensión de la cosmovisión y sus concepciones de los pobladores respecto a los temas de salud. (28)

Esta debilidad en la planificación del proceso educativo, también puede deberse a la falta de recursos humanos o financieros, falta de tiempo, o tal vez al desconocimiento de la importancia que implica planificar antes de dar una actividad educativa, que no conduce para nada a salir de esta crisis en la educación y como menciona Mahler, existe crisis en la educación por falta de preparación específica de los profesionales, resultados a largo plazo, pasividad de la población, acostumbrada a delegar su cuidado, falta de planificación, entre otros. (29)

TABLA No 2
FRECUENCIA DE LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS QUE REALIZA
LA ENFERMERA, POR ESCENARIOS Y GRUPO ETAREO. MICRORED
CHANCAS DE ANDAHUAYLAS. LIMA. JUNIO A
NOVIEMBRE DEL 2006.

Frecuencia	ESCENARIOS								GRUPO ETAREO							
	Establec. De salud		Familia		Escuela		Comunid		Niño		Adolesc		Adulto		Adulto mayor	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Frecuente	3	33.3	1	11.1	1	11.1	2	22.2	4	44.4	1	11.1	3	33.3	0	0
Poco frecuente	6	66.6	7	77.7	6	66.6	7	77.7	5	55.5	6	66.6	6	66.6	6	66.6
Nunca	0	0	1	11.1	2	22.2	0	0	0	0	2	22.2	0	0	3	33.3
TOTAL	9	100	9	100	9	100	9	100	9	100	9	100	9	100	9	100

La tabla No2 muestra un total de 9 (100 %) enfermeras, en los escenarios se observó que de 1 a 3 (11.1% - 33.3%) realizan frecuentemente actividades educativas, siendo el mínimo 1 (11.1%) en la familia y escuela, y 3 (33.3%) que es el máximo en los establecimiento de salud. Las enfermeras que realizan con poca frecuencia actividades educativas, oscilan entre 6 a 7 (66.6 – 77.7 %) la menor cantidad en los establecimientos de salud y en la escuela, siendo mayor en la familia y comunidad. También se observó enfermeras que nunca realizan actividades educativas, tenemos 1 (11.1%) en la familia y 2 (22.2%) en la escuela. Respecto al grupo etáreo, las enfermeras que realizan frecuentemente actividades tenemos: ninguna lo hace con el adulto mayor, 1(11.1%) con los adolescentes, 3 (33.3%) con adultos y 4 (44.4%) para el área niño, correspondiendo al mas alto porcentaje alcanzado. Las que realizan con poca frecuencia varían entre 5 a 6 (55.5% - 66.6%), el mínimo en el área niño y el máximo en los demás grupos etáreos. Mientras las que nunca realizan tenemos 2 (22.2%) en el área

adolescente y 3 (33.3%) en el adulto mayor. Teniendo en cuenta la importancia de la educación en la promoción de la salud, la tabla presentada nos da una referencia de la frecuencia de actividades educativas por parte de la enfermera siendo evidente que la mayoría lo realiza con poca frecuencia, lo que significa que todavía la educación no recibe la importancia necesaria en la promoción de la salud ni en el desempeño pleno de la labor de enfermería. Siendo lo contrario a lo que debería ser, como menciona Smeltzer y colaboradores: “la enseñanza para la promoción de la salud se considera una función independiente de la practica y una responsabilidad primordial de las enfermeras... es un componente indispensable de la asistencia de enfermería”.(30)

Respecto a los escenarios, de las pocas enfermeras que realizan frecuentemente actividades educativas, la mayoría lo hace en el establecimiento de salud, descuidando los escenarios extramurales sobre todo vivienda (familia) y escuela, a pesar que la familia constituye la primera entidad llamada a promover la salud de sus miembros y donde se fortalece la construcción de estilos de vida saludable, y la escuela espacio en el cual se desarrolla habilidades y destrezas cognitivas o lugar donde se va a aprender o adquirir nuevos conocimientos.

Según el grupo etéreo lo mas resaltante es que la mayoría de actividades educativas van dirigidas al niño , cumpliendo muchas veces con las políticas del estado en priorizar la salud del niño por ser vulnerable a las enfermedades, sin embargo para la promoción de la salud todas las etapas de la vida son muy importantes y actualmente esta cobrando interés las etapas que antaño fueron poco tratadas como: adolescentes y adulto mayor, las cuales presentan el mayor numero de enfermeras que nunca realizan actividades educativas, esto suena

preocupante ya que en teoría la enfermera es la profesional que cuida al individuo en todas las etapas de su vida.

TABLA N o 3
CONTENIDOS EDUCATIVOS DESARROLLADOS EN LAS
ACTIVIDADES EDUCATIVAS REALIZADAS POR LAS
ENFERMERAS MICRORED CHANCAS DE
ANDAHUAYLAS. JUNIO – NOVIEMBRE.
LIMA. 2006.

Contenidos	ESCENARIOS						GRUPO ETAREO					
	Establ De salud	Fam	Esc u	Com.	Total		Niño	Adole s	Adul	Adult mayor	Total	
	N	N	N	N	N	%	N	N	N	N	N	%
1. Prevenc. de enf.transmisible (TBC, EDA, IRA, dengue, VIH)	7	6	4	4	21	19.4	7	4	8	3	22	21.4
2.Alimentación y nutrición.	7	4	3	5	19	17.6	8	4	5	1	18	17.5
3. Vacunas e inmunizaciones	8	2	6	2	18	16.6	8	3	4	1	16	15.6
4. Higiene	5	4	3	5	17	15.7	7	3	4	2	16	15.6
Otros: s mental s sexual y s. ambiental.					33	30.6					31	30.0
TOTAL					108	100					103	100

La tabla No 3 muestra los principales contenidos educativos desarrollados; haciendo un total de 108 (100%) contenidos según los escenarios y según grupo etáreo hacen un total de 103 (100%), de los cuales: la prevención de enfermedades transmisibles hizo un total de 21 (19.4%) en los escenarios, según grupo etáreo llegó a 22 (21.4%) y con mayor frecuencia se dio en los establecimientos de salud y en la familia durante las visitas domiciliarias, principalmente dirigido a los adultos y a los niños. Como segundo contenido tenemos a la alimentación y nutrición

haciendo un total de 19 (17.6%) en los escenarios y según grupo etáreo hizo un total de 18 (17.5%) éste contenido fue dado especialmente en el establecimiento de salud y dirigido al área niño. El tercer contenido es sobre vacunas e inmunizaciones, por escenarios dio un total de 18 (16.6%) y por grupo etáreo 16 (15.6%), que al igual que los primeros está dado mayormente en los establecimientos de salud y dirigido a los niños. En cuarto lugar tenemos contenidos de higiene haciendo un total de 17(15.7%) en los escenarios y 16 (15.6%) en grupo etáreo, dado tanto en los establecimientos de salud como en la comunidad y dirigido sobretodo a los niños. Por último se encuentran otros (ver anexo F), dentro de los cuales destacan contenidos sobre salud sexual, salud mental, salud ambiental, deberes y derechos y escuelas promotoras de salud que fueron tratados en su mayoría con muy poca frecuencia y a veces nunca.

Llama la atención que estos temas de gran importancia que forma parte de la salud integral del individuo, sean poco tomados en cuenta a pesar de que han sido planteados como ejes temáticos en la promoción de la salud, impresos además en los lineamientos de política de la promoción de salud. Por lo tanto se puede interpretar que la educación que brinda la enfermera en la microrred Chancas de Andahuaylas está enfocada más a la prevención de enfermedades que a la promoción propiamente dicha.

TABLA No 4
TECNICAS EDUCATIVAS QUE SE USARON CON FRECUENCIA EN
LA ACTIVIDADES EDUCATIVAS, POR ESCENARIO Y GRUPO
ETAREO. MICRORED CHANCAS DE ANDAHUAYLAS. JUN – NOV.
LIMA 2006.

TECNICA	ESCENARIOS								GRUPO ETAREO							
	Establec De salud		Familia		Escuela		Comun		Niño		Adolescen		Adulto		Adulto mayor	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Charla	8	66.6	8	80	7	77.7	9	69.2	9	64.4	7	87.5	8	72.7	5	83.3
Demostración	3	25	1	10	0	0	3	23.1	2	14.2	0	0	2	18.2	0	0
Cuento y /experiencia	1	8.3	1	10	1	11.1	1	7.7	2	14.2	1	12.5	1	9.1	1	16.7
Sociodrama	0	0	0	0	1	11.1	0	0	1	7.2	0	0	0	0	0	0
TOTAL	12	100	10	100	9	100	13	100	14	100	8	100	11	100	6	100

En la tabla No 4 se observa que la charla educativa es la técnica mas usada. Así tenemos según escenarios: en los establecimientos de salud de 12 (100%) técnicas usadas frecuentemente, en 8 (66.6%) se usó la charla, le sigue 3 (25%) con la demostración y 1 (8.3%) los cuentos/experiencia. En la vivienda o familia de 10 (100%), 8 (80%) corresponde a la charla, 1(10%) a la demostración y 1 (10%) a los cuentos/ experiencia. En la escuela de 9 (100%) veces que se usó una técnica educativa, 7 (77.7%) son charlas, 1 (11.1%) son cuento /experiencia y 1 (11.1%) sociodrama. En la comunidad de 13 (100%) , 9 (69.2%) corresponde a la charla, 3 (23.1%) a demostración y 1 (7.7%) a cuento/ experiencia. Para los grupos etéreos: en el niño de 14 (100%), 9 (64.4%) trabajan con charlas, 2 (14.2%) utilizan la demostración, lo mismo para los cuentos/ experiencia y 1 (7.2%) sociodrama. Con los adolescentes, de 8 (100%) técnicas, 7 (87.5%) son charlas y 1 (12.5%) es cuento/ experiencia. En los adultos de 11 (100%) que es el total, 8

(72.7%) corresponde a charlas, 2 (18.2%) a demostración y 1 (9.1%) a cuento/ experiencia. Para los adultos mayores de 6 (100%), 5 (83.3 %) utilizan la charla y 1 (16.7%) cuentos / experiencia.

Las técnicas educativas son herramientas que el educador conoce y las aplica para facilitar el aprendizaje, además que existen numerosas técnicas, unas con mayor nivel de participación que otras; podemos decir que las enfermeras que laboran en la Microrred Chancas de Andahuaylas utilizan con frecuencia la técnica mas conocida en el área de salud la “charla”, que es sobre todo de tipo expositiva con la mínima participación del grupo objetivo. Si se quiere lograr cambio de actitudes y practicas a favor de la salud del individuo y la comunidad se debe hacer uso de las técnicas apropiadas que se ajusten a las características del grupo etéreo y al ambiente donde se dará la actividad educativa, así como nos afirma Sánchez y colaboradora (1995) en su investigación, que las metodologías participativas dan mejores resultados de aprendizaje y ayudan adquirir confianza y seguridad en la comunicación (31). Desde el punto de vista metodológico, la charla nos conlleva a relacionarlo con el enfoque conductista, basado en la enseñanza, el cual ve al educador como el sujeto que transmite el conocimiento, el que todo lo sabe, y al educando como el receptor de los mensajes. Una investigación realizada en Venezuela por Gloria Perdomo muestra similares características respecto a la educación sanitaria quien la describe como una técnica dirigida a programar, controlar cambios de actitudes, costumbres y comportamientos de la población con respecto a su salud. El educador sanitario es un tecnólogo social preparado para modelar o corregir las actitudes y comportamientos de individuos y comunidades que se diagnostican como enfermas o ignorantes y quienes sólo pueden sanar si participan en los programas institucionales (32). Si bien, la charla es la técnica mas usada por el personal de salud y durante muchos años,

basado mas en el proceso de enseñanza, y con poco beneficio para el aprendizaje real del individuo y la colectividad, la pregunta es ¿por qué el personal la sigue utilizando?, la respuesta coincide con lo que Davini comentó acerca de repetir este modelo (33), lo que se traduce en que el personal de salud también fue formado de la misma manera.

TABLA No 5
MATERIALES EDUCATIVOS USADOS POR LAS ENFERMERAS,
SEGÚN ESCENARIO Y GRUPO ETAREO. MICRORED
CHANCAS DE ANDAHUAYLAS. JUN –NOV.
LIMA. 2006

Materiales	ESCENARIOS								GRUPO ETAREO							
	Establec. De salud		Familia		Escuela		Comun.		Niño		Adolesc.		Adulto		Adulto mayor	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Rotafolio	7	58	7	64	7	87	9	69	8	62	6	60	7	58	4	50
Impresión o tríptico	5	42	4	36	1	13	4	31	5	38	4	40	5	42	4	50
Data play	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Radio/equipo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	12	100	11	100	8	100	13	100	13	100	10	100	12	100	8	100

La tabla No 5 nos muestra que, sólo se emplearon dos materiales educativos como: el rotafolio y el tríptico, dejando de lado a Data play y radio y/o equipo. En los establecimientos de salud de 11 (100%) veces que se usan materiales educativos, 7 (58%) son rotafolios y 5 (42%) son trípticos. En la familia de 12 (100%) materiales usados 7 (64%) fueron rotafolios y 4 (36%) trípticos. En la escuela de 8 (100%) materiales que se usan con frecuencia, 7 (87%) son rotafolios y 1 (13%) es tríptico. Para la comunidad de 13 (100%), 9 (69%) son rotafolios y 4 (31%) son trípticos.

Según el grupo etéreo tenemos: en el niño de 13 (100%) materiales usados, 8 (62%) fueron rotafolios y 5 (38%) fueron trípticos. Con adolescentes de 10 (100%) materiales, se usó 6 (60%) rotafolios y 4 (40%) trípticos. Para los adultos se usó algo similar de 12 (100%), 7 (58%) fueron rotafolios y 5 (42%) trípticos. En los adultos mayores ocurre una diferencia porque de 8 (100%) se usó igual número de veces el rotafolio 4 (50%) y el tríptico 4 (50%).

Los resultados reflejan que los materiales educativos mayormente usados en las actividades de educación para la salud es el rotafolio, material que da facilidad de retroalimentar la información que se analiza mediante dibujos, frases cortas o letras grandes, ofreciendo muchas ventajas pero dependiendo de cómo este elaborado para que cumpla con su objetivo, además sólo útil en grupos pequeños. También cabe mencionar que este material siempre va unido a la charla educativa. En segundo lugar el material más usado son las impresiones, más conocidos como trípticos, siendo otro tipo de material visual, que permite meditar, puede ser releída, es pequeño, por eso presenta limitaciones cuando una actividad educativa se da en forma grupal, y en ambientes relativamente grandes como en el escenario de la escuela, sala de espera (establecimiento de salud) y la comunidad sobretodo. Los materiales que se han dejado de lado son la radio/ equipo y data play, pudiendo ser usadas como complemento de materiales impresos, se puede escuchar grabaciones de expertos, puede servir para discusión de programas de radio, se puede preparar mensajes elaborados por los mismos participantes, etc, pero su principal desventaja es el costo y el tiempo para su elaboración; en fin existen mucho más materiales educativos que pueden utilizarse para promocionar salud, sin embargo las enfermeras hasta el momento sólo usan con frecuencia el rotafolio y las impresiones.

TABLA No 6
PERSONAS RESPONSABLES DE EJECUTAR LAS ACTIVIDADES
EDUCATIVAS, POR ESCENARIO Y GRUPOS ETAREO.
MICRORED CHANCAS DE ANDAHUAYLAS.
JUN – NOV. LIMA. 2006

Responsable	ESCENARIOS								GRUPO ETAREO							
	Establec De salud		Familia		Escuela		Comun.		Niño		Adolescen		Adulto		Adulto mayor	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Enfermera	4	36.4	2	28.6	2	22.2	3	42.8	3	37.5	2	28.6	1	25	2	50
SERUM	1	9.1	2	28.6	3	33.3	1	14.2	2	25	2	28.6	1	25	1	25
Interna de enferm.	5	45.4	2	28.6	3	33.3	2	28.6	2	25	2	28.6	1	25	1	25
Técnica de enferm.	1	9.1	1	14.2	1	11.1	1	14.2	1	12.5	1	14.2	1	25	0	0
TOTAL	11	100	7	100	9	100	7	100	8	100	7	100	4	100	4	100

La tabla No 6 muestra que en los establecimientos de salud de 11 (100%) actividades educativas realizadas, las enfermeras son responsables de 4 (36.4%), la SERUM de 1 (9.1%), las internas de enfermería de la mayor cantidad 5 (45.4 %) y la técnica de 1 (9.1%). En la familia, de 7 (100%) actividades, 2 (28.6%) ejecutan las enfermeras, al igual que las SERUM y las internas de enfermería y 1 (14.2%) la técnica. En la escuela las responsables de ejecutar las actividades mayormente son las SERUM y las internas con 3 (33.3%), le siguen las enfermeras con 2 (22.2%) y las técnicas con 1 (11.1%). En la comunidad de 7 (100%) ejecuciones, las enfermeras son responsables de 3 (42.8%), las SERUM de 1 (14.2%) al igual que las técnicas y las internas de 2 (28.6%). Respecto al grupo etareo: en el niño, las enfermeras son responsables de ejecutar 3 (37.5%) actividades, 2 (25%) las SERUM, lo mismo que las internas y 1 (12.5%) la técnica. Para los adolescentes de 7 (100%) actividades, de 2 (28.6%) son responsables las enfermeras, con la misma

frecuencia las SERUM y las internas, las técnicas son responsables de 1 (14.2%). En el adulto de 4 (100%), todas fueron responsables de ejecutar actividades en la misma cantidad 1 (25%). Por ultimo en el adulto mayor de 4 (100%), la mitad 2 (50%) lo ejecuta la enfermera, 1 (15%) la SERUM y 1 (25%) la interna de enfermería. También es necesario mencionar que en los 2 puestos de salud no existe la presencia de internos de enfermería, lo que alteraría los resultados, porque probablemente estando presentes hubieran intervenido en actividades educativas dando lugar a mayor numero de intervenciones.

De lo expuesto se deduce que las responsables de dar una actividad educativa son: la enfermera, la SERUM y la interna en similares porcentajes, con una menor intervención de las técnicas de enfermería. Si bien la responsable de dar educación al individuo, familia y comunidad, es la enfermera que trabaja en los establecimientos de salud, se observó que muchas veces ellas planificaban la actividad y se ejecutaban en coordinación con las SERUM, las internas y las técnicas, pero si no hubieran SERUM, ni internas, y con sólo la presencia de 1 o 2 enfermeras en cada establecimiento de salud, ¿se podría brindar educación en los diferentes escenarios y para cada grupo etáreo?, Lo cierto es que en la población existe una necesidad de aprender sobre salud.

TABLA No 7
TIEMPO QUE UTILIZAN LAS ENFERMERAS DURANTE LAS
ACTIVIDADES EDUCATIVAS, POR ESCENARIO Y GRUPO
ETAREO. MICRORED CHANCAS DE ANDAHUAYLAS.
JUN – NOV. LIMA. 2006

Tiempo aproximado	ESCENARIOS								GRUPO ETAREO							
	Establec. De salud		Familia		Escuela		Comun.		Niño		Adolesc.		Adulto		Adulto mayor	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Minimo: [5 – 15 min.]	5	55.5	6	75	3	42.9	0	0	3	33.3	5	71.4	5	62.5	4	66.7
	4	44.5	2	25	4	57.1	9	100	6	66.6	2	28.6	3	37.5	2	33.3
Maximo: [20 – 30 min.]																
TOTAL	9	100	8	100	7	100	9	100	9	100	7	100	8	100	6	100

En la tabla No 7 respecto al tiempo aproximado de la duración de actividades educativas se observa que en los establecimientos de salud de 9 (100%) enfermeras, 5 (55.5%) realizan actividades con un tiempo mínimo entre 5 a 15 min, y 4 (44.4) realizan con un tiempo máximo. En la familia de 8 (100%), utilizan un tiempo mínimo 6 (75%) que es la mayoría y 2 (25%) con un tiempo mínimo. En la escuela de 7 (100%), 3 (42.9%) desarrollan la actividad en un mínimo tiempo y 4 (57.1%) en un tiempo máximo. En la comunidad de 9 (100%) todas realizan la actividad en el máximo tiempo. Según grupo etáreo: en el niño de un total de 9 (100%), 3 (33.3%) ejecutan las actividades con un tiempo mínimo y 6 (66.6%) con el máximo tiempo. Para el adolescente de 7 (100%), 5 (71.4%) utilizan el mínimo tiempo y 2 (28.6%) el máximo. Con los adultos de 8 (100%) enfermeras, 5 (62.5%) usan el mínimo tiempo para dar una actividad y 3 (37.5%) el mayor tiempo. Por ultimo con los adultos mayores de 6 (100%), 4 (66.7%) utilizan el mínimo tiempo y 2 (33.3%) utilizan el máximo tiempo.

De lo observado se infiere que en general la mayoría utiliza un tiempo aproximado de 5 a 15 minutos para realizar una actividad educativa. Muchos autores sobre procesos o actividades educativas no especifican el tiempo que debe durar una actividad, pero si sugieren que debe ser lo necesario para cumplir con los objetivos, debe distribuirse este tiempo entre los diferentes momentos de la actividad y no extenderlo por nimiedades, de manera que no canse a la audiencia. Pero con un espacio de 5, 10 o 15 minutos no es suficiente para cumplir con todos los pasos de una actividad, por que sólo en la motivación o introducción, o si se quiere una dinámica se usa por lo menos 5 minutos, el contenido o el mensaje en sí demora como mínimo 5 minutos (sobre todo en técnicas expositivas que se prestan a mensajes de tipo memorístico, como casi siempre se da en estas actividades educativas), para hacer el resumen y la evaluación otros 5 minutos, que hacen un total de 15 minutos, pero nos olvidamos de la presentación y la participación del grupo, que demandaría mayor tiempo. Pero si se quiere lograr los objetivos de la promoción de la salud de desarrollar habilidades personales para que tengan mayor control sobre su salud, se requiere tiempo suficiente para la interacción, el proceso de la comunicación, la construcción de conocimientos, tomando en cuenta las creencias y experiencias de los individuos.

TABLA No 8
EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS QUE REALIZAN
LAS ENFERMERAS, POR ESCENARIO Y GRUPO ETAREO.
MICRORED CHANCAS DE ANDAHUAYLAS. JUN. – NOV.
LIMA. 2006

Evaluacion	ESCENARIOS								GRUPO ETAREO							
	Establec .De salud		Familia		Escuela		Comun.		Niño		Adolesc		Adulto		Adulto mayor	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Adecuado	1	11.1	2	22.2	0	0	1	11.1	3	33.3 66.6 0	1	11.1	3	33.3	0	0
Medianamente adecuado	6	66.6	5	55.5	6	66.6	6	66.6	6		5	55.5	6	66.6	5	55.5
Inadecuado	2		2	22.2	3	33.3	2	22.2	0		3	33.3	0	0	4	44.4
TOTAL	9	100	9	100	9	100	9	100	9	100	9	100	9	100	9	100

La tabla No 8 muestra que de un total de 9 enfermeras (100%), según los escenarios y grupos etéreos. La evaluación es adecuada en la familia con 2 (22.2%) cuando cumplieron en forma frecuente con los criterios establecidos para evaluar las actividades educativas, para fines del estudio, como: realizar preguntas que permitan evaluar el tema desarrollado, reforzar respuestas inadecuadas (del educando), 0 (cero) en la escuela, y 1 en el establecimiento y en la comunidad, enfocadas mas al niño y al adulto. La evaluación es medianamente adecuado, donde se cumplen con algunos de estos criterios o cuando se hacen con poca frecuencia, están entre 5 a 6 (55.5% – 66.6 %), 5 en la familia y 6 en los establecimientos, escuela y comunidad, orientado al área niño y adulto sobretodo. La evaluación es inadecuada entre 2 a 3 (22.2% - 33.3%), 2 en el establecimiento, familia y comunidad, y 3 en la escuela, principalmente en el adolescente con 3 (33.3%) y 4 (44.4%) en el adulto mayor.

Al observar los indicadores de la evaluación (anexo G), se puede afirmar que en general las enfermeras realizan una evaluación de nivel medianamente adecuado, lo resaltante es que ninguna realiza adecuadamente una evaluación en la escuela y 3 (33.3%) lo hacen inadecuadamente en el mismo escenario; a pesar que en la escuela “lugar para aprender”, se puede trabajar no solo con los alumnos sino con los profesores y las familias. Por otro lado el mayor número que evalúa inadecuadamente lo hacen con el adulto mayor, pero es importante mencionar que aquí también están incluidas las que simplemente no evalúan, que son 3. La evaluación es importante en el trabajo de educar para la salud porque permite hacer un análisis de todos los pasos de la actividad educativa, pero también si se están cumpliendo los objetivos a largo plazo, por que debemos recordar que la educación en salud es un proceso y los cambios de comportamiento y actitudes no se dan de un día para otro; por lo que el trabajo de la enfermera no termina en dar el contenido o el tema, sino tiene que hacer una buena evaluación y monitorear las actividades educativas.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A. CONCLUSIONES:

De los resultados presentados en el anterior capitulo, se llegan a las siguientes conclusiones:

1.- En la planificación de las actividades educativas que realizan las enfermeras se observó que la elaboración de diagnósticos y objetivos lo hacían con poca frecuencia, así mismo poco interés en la difusión de previa de dichas actividades y sobretodo poca comunicación con el poblador y la colectividad, lo que conlleva al desconocimiento de las reales necesidades de aprendizaje de la población.

2.- En términos generales la ejecución de las educativas que realiza la enfermera en la promoción de salud se da en un nivel regular, evidenciándose que no realiza en forma sistemática el desarrollo de las actividades educativas: esta se hace con poca frecuencia, la mayoría en un tiempo muy corto, limitando el proceso de aprendizaje e interacción con los participantes, utilizando preferentemente como técnica educativa la charla con ayuda de un rotafolio y con la mínima participación del educando, todo basado en la metodología de la enseñanza; que se estaría debiendo a que aún impera el enfoque conductista, dado posiblemente a la reproducción de este modelo por el cual los educadores también fueron formados.

3.- La mayoría de las enfermeras que trabajan en la microrred Chancas de Andahuaylas realizan la evaluación de las actividades educativas en un nivel medianamente adecuado, con escasas preguntas al educando, poco reforzamiento de las respuestas inadecuadas (del grupo), lo que confirma una vez más la pobre comunicación entre el personal de salud y los pobladores, y que a largo plazo la educación en salud que desarrolla la enfermera no tendrá buenos frutos.

4.- Respecto a los escenarios, las enfermeras que trabajan en la microrred Chancas de Andahuaylas cumplen más su función educativa dentro los establecimientos de salud que en los demás escenarios presentados: familia, escuela y comunidad, descuidando la oportunidad de desarrollar la educación para la promoción y prevención en un mayor numero de personas, además pudiendo captar a personas con alto riesgo de salud que muchas veces no acuden a los establecimientos.

5.- La enfermera enfoca su función educativa mayormente a la salud de los niños, descuidando la educación para adolescentes y el adulto mayor, coincidentemente en los establecimientos de salud la intervención de enfermería en los programas dirigidos a estos dos grupos etáreos es mínima y muchas veces nula.

B. RECOMENDACIONES

1.- Es necesario fortalecer las competencias de las enfermeras en el área educativa, innovando técnicas y metodologías educativas que permitan mayor participación de los educandos a fin de mejorar la capacidad del autocuidado, mejorar estilos de vida y promover la salud de la población.

2.- Desarrollar programas educativos para la promoción de salud del adolescente y el adulto mayor porque al igual que los otros grupos etáreos también presentan necesidades de aprendizaje sobre su salud y sin embargo son frecuentemente descuidadas en el área de salud.

3.- Participar activamente en la educación para la salud de las familias y escuelas, por ser instancias donde se forman cognitiva, social y emocionalmente el individuo.

4.- Se recomienda realizar investigaciones dando un enfoque cualitativa y cuantitativamente respecto al proceso educativo para mejorar la enseñanza en salud y mejorar la calidad y extensión de la atención de enfermería.

5.- Que se revisen la curricula de formación académica de enfermería fomentando la metodología constructivista del aprendizaje con el objetivo de formar profesionales independientes, con iniciativa y actitudes críticas, y que esto a su vez sea trasladado a la educación que brinda la enfermera a la población.

C. LIMITACIONES

Los resultados del presente trabajo sólo son validos para el área donde se realizó la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) (20) (25) MINSA, Dirección Regional de Salud de Cajamarca. Manual de educación sanitaria. Perú. APRISABAC. 1997.
- (2) ESPINOZA CAPISTRAN, Vilma. Trabajo monográfico. Utilización de metodologías pedagógicas para el trabajo de salud. 2000.
- (3) LLACCTAHUAMAN C. Martha y colaboradoras. Tesis de enfermería. "Conocimiento de las madres de los niños menores de 5 años sobre el carné de salud infantil y su relación con algunos factores y con la educación brindada por el personal de salud en la jurisdicción del Hosp. Infantil Manuel Barreto" UNMSM. Perú.1992.
- (4) (31) SANCHEZ, Lidia y MENCHOLA de Pérez. Tesis de enfermería. "Efectividad de la metodología participativa en la educación sobre SIDA a vigías vecinales" Moche – Trujillo. 1995
- (5) FRANCOISE S. Marie. Tesis de enfermería "Retención de los mensajes educativos sobre SIDA en función de una metodología Educativa Activa en adolescentes de 6 colegios secundarios estatales de VMT". UNMSM. Lima – Perú. 1997.
- (6) DURO, Juan. Trabajo de investigación. El discurso de los profesionales de atención primaria de la Comunidad de Madrid sobre el trabajo con grupos: sentido, finalidades y ámbitos de intervención. España. 2002.
- (7) BARRETO, Xiomara y FERMIN, Oscar. Tesis de enfermería. "Participación del profesional de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables para prevenir complicaciones derivadas de HTA, en los usuarios de la unidad clínica de consulta externa del hospital Dr Miguel Pérez Carreño" Bellavista – Caracas.2004.
- (8) (32) PERDOMO, Gloria. Trabajo de investigación: "La investigación Acción-participante como estrategia para la capacitación y evaluación en educación sanitaria". Laboratorio de Investigaciones sociales de la Universidad Central de Venezuela.

- (9) RETRESPO E. Helena y colaborador. Promoción de la salud: Como construir vida saludable. Editorial medica Panamericana. 2001. Pg. 29
- (10) Reglamento de ley No 27669 del Trabajo de la enfermera.
- (11) Comité de Expertos de la OMS. El ejercicio de la enfermería. Ginebra 1996.
- (12) (30) SMELTZER Suzanne y colaboradores. Enfermería medico-quirúrgica. Novena edición. Mc Graw Hill Interamericana editores. México. 2005.
- (13) OPS. Manual de técnicas para una estrategia de comunicación en salud. 1985.
- (14) LOEWE REISS, Ricardo. Cáncer y educación para la salud. Metepec. OPS/OMS. México. 1990.
- (15) GUERRA de MACEDO, Carlyle. Reflexiones sobre la salud pública. OPS. 1992.
- (16) (29) MAHLER. www.perso.wanadoo.es/aniorte_nic.
- (17) (18)(33) DAVINI, María C. "Curso de actualización de la enseñanza de Salud Publica". Modulo Docencia Universitaria en salud. Proyecto UNISAP. Lima-Perú. 1996.
- (19) (28) ALIAGA H, Elizabeth. "Políticas de Promoción de la salud en el Perú: Retos y perspectivas". Editado por Foro Salud y Observadores del Derecho a la salud. CIES. Lima-Perú. 2003.
- (20) (23) MINAYA LEON, Percy y colaborador. Programa de especialización en epidemiología de campo (PREC). Modulo IV. Elementos de planificación, programación y gestión local. OGE MINSA. Perú. 2001.
- (22) OPS /FNUAP/Salud y desarrollo del adolescente. Manual de monitoreo y evaluación. 2001
- (24) (26) OPS. "Curso de AIEPI para agentes comunitarios de salud". 2001.

- (27) MEZA BORJA, Anibal y colaboradores. Modulo de estrategias modelo y herramientas para construir el conocimiento. UNMSM. Perú. 2 000

BIBLIOGRAFIA

- MINSA, Dirección Regional de Salud de Cajamarca. Manual de educación sanitaria. Perú. APRISABAC. 1997.
- ESPINOZA CAPISTRAN, Vilma. Trabajo monográfico. Utilización de metodologías pedagógicas para el trabajo de salud. 2000.
- LLACCTAHUAMAN C. Martha y colaboradoras. Tesis de enfermería. “Conocimiento de las madres de los niños menores de 5 años sobre el carné de salud infantil y su relación con algunos factores y con la educación brindada por el personal de salud en la jurisdicción del Hosp. Infantil Manuel Barreto” UNMSM. Perú.1992.
- SANCHEZ, Lidia y MENCHOLA de Pérez. Tesis de enfermería. “Efectividad de la metodología participativa en la educación sobre SIDA a vigías vecinales” Moche – Trujillo. 1995
- FRANCOISE S. Marie. Tesis de enfermería “Retención de los mensajes educativos sobre SIDA en función de una metodología Educativa Activa en adolescentes de 6 colegios secundarios estatales de VMT”. UNMSM. Lima – Perú. 1997.
- DURO, Juan. Trabajo de investigación. El discurso de los profesionales de atención primaria de la Comunidad de Madrid sobre el trabajo con grupos: sentido, finalidades y ámbitos de intervención. España. 2002.
- BARRETO, Xiomara y FERMIN, Oscar. Tesis de enfermería. “Participación del profesional de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables para prevenir complicaciones derivadas de HTA, en los usuarios de la unidad clínica de consulta externa del hospital Dr Miguel Pérez Carreño” Bellavista – Caracas.2004.
- PERDOMO, Gloria. Trabajo de investigación: “La investigación Acción-participante como estrategia para la capacitación y evaluación en educación sanitaria”. Laboratorio de Investigaciones sociales de la Universidad Central de Venezuela.
- RETRESPO E. Helena y colaborador. Promoción de la salud: Como construir vida saludable. Editorial medica Panamericana. 2001. Pg. 29

- Comité de Expertos de la OMS. El ejercicio de la enfermería. Ginebra 1996.
- SMELTZER Suzanne y colaboradores. Enfermería medico-quirúrgica. Novena edición. Mc Graw Hill Interamericana editores. México. 2005.
- OPS. Manual de técnicas para una estrategia de comunicación en salud. 1985.
- LOEWE REISS, Ricardo. Cáncer y educación para la salud. Metepec. OPS/OMS. México. 1990.
- GUERRA de MACEDO, Carlyle. Reflexiones sobre la salud pública. OPS. 1992.
- MAHLER. www.perso.wanadoo.es/aniorte_nic.
- DAVINI, María C. "Curso de actualización de la enseñanza de Salud Publica". Modulo Docencia Universitaria en salud. Proyecto UNISAP. Lima-Perú. 1996.
- ALIAGA H, Elizabeth. "Políticas de Promoción de la salud en el Perú: Retos y perspectivas". Editado por Foro Salud y Observadores del Derecho a la salud. CIES. Lima-Perú. 2003.
- MINAYA LEON, Percy y colaborador. Programa de especialización en epidemiología de campo (PREC). Modulo IV. Elementos de planificación, programación y gestión local. OGE MINSA. Perú. 2001.
- OPS /FNUAP/Salud y desarrollo del adolescente. Manual de monitoreo y evaluación. 2001
- OPS. "Curso de AIEPI para agentes comunitarios de salud". 2001.
- MEZA BORJA, Anibal y colaboradores. Modulo de estrategias modelo y herramientas para construir el conocimiento. UNMSM. Perú. 2 000
- FAVIN; Michael y colaboradores. Hacia el mejoramiento de la salud a través de los cambios de comportamiento. Una practica para la higiene. OPS/OMS: Washintong. 2005.

- OMS/OPS. Salud y desarrollo del adolescente. "Manual de monitoreo y evaluación".2001.
- OPS. "Estrategias de comunicación para la salud integral en la infancia". Washington-EEUU. 2003
- B, KOZIER y colaboradores. "Fundamentos de enfermería". MC Graw Hill Interamericana. 5ta edición. España. 1999
- MINSA. Lineamientos de política Sectorial para el periodo 2002 – 2012. Perú
- POLIT. "Investigación científica en ciencias de salud". 1999
- HERNANDEZ S. Roberto y colaboradores. Metodología de la investigación. 3era edicion. Mc Graw-Hill Interamericana. Mexico. 2003.
- TORRES Bardales. Orientaciones básicas de metodología de la investigación científica. 7ma edición. Perú. 2000

ANEXO

INDICE DE ANEXOS

	Pg.
A. Operacionalización de la variable.....	II
B. Lista de chequeo.....	III
C. Prueba binomial: Juicio de expertos.....	VII
D. Características demográficas de la población..	VIII
E. Indicadores de la planificación de actividades. educativas que realiza la enfermera.....	IX
F. Tabla de contenidos educativos.....	XII
G. Indicadores de la evaluación de las actividades Educativas.....	XIII

Anexo A

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

Variable	Definición conceptual de la variable	Dimensión de la variable	Definición de la dimensión	Indicadores	Valor final
Función educativa de la enfermera en la promoción de salud, en el primer nivel de atención.	Son actividades basadas en la educación para la salud que realiza la enfermera en el primer nivel de atención. Esta actividad esta orientada a promover cambios de comportamiento y actitudes a favor de la salud de la población, aplicando el proceso de enseñanza – aprendizaje y técnicas de comunicación, Está dirigida al individuo y grupos de personas en diferentes etapas de vida y llevada a cabo en los diversos escenarios: establecimiento de salud, familia, escuela y comunidad.	Planificación	Es la elaboración de un plan educativo y que responde a una serie de preguntas: ¿Cómo? ¿cuando? ¿donde?, etc, se hará la actividad educativa, preveendo los materiales necesarios.	PLANIFICACION: -Coordinación con terceras personas para dar educación. -Identificación de las necesidades educativas. -Consideración de características culturales de las personas. -Elaboración de cronograma de actividades educativas. -Elaboración de objetivos. -Difusión previa de las actividades educativas.	Planificación: - Adecuado - Medianamente adecuado - Inadecuado
		Ejecución		EJECUCION: -Frecuencia de las actividades educativas en los diversos escenarios. -Frecuencia de las actividades educativas en las diferentes etapas de vida.	Ejecución: - Frecuente - Poco frecuente - Nunca
		Evaluación	Es el cumplimiento efectivo del plan educativo, es decir cuando se ejecuta o realiza la actividad educativa.	-Desarrollo de temas educativos referente a la salud del	

			<p>Es la valoración de lo aprendido durante la actividad educativa, así como también de todo el proceso.</p>	<p>niño.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de temas educativos referente a la salud del adolescente. - Desarrollo de temas educativos referente a la salud del adulto. - Desarrollo de temas educativos referente a la salud del adulto mayor. -Técnicas de enseñanza que aplica. - Materiales educativos que usa con frecuencia. -Tiempo o duración de las actividades educativas. -Personas responsables de al ejecución de las actividades. <p>EVALUACION</p> <ul style="list-style-type: none"> -Realización de preguntas que permitan evaluar el tema desarrollado. -Refuerzo de respuestas inadecuadas (del grupo). -Análisis constructivo del proceso educativo. -Monitorea las actividades educativas. 	<p>Evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adecuado - Medianamente adecuado - Inadecuado.
--	--	--	--	---	---

Anexo B
LISTA DE CHEQUEO DE LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS DE LA ENFERMERA

A.- Introducción

La presente Lista de Chequeo, es la fuente que nos permitirá constatar las actividades educativas que realiza la enfermera en el primer nivel de atención, para lo cual solicitaría a Ud; responda a todos los ítem del contenido. La información que nos proporcione será manejada con estricta confidencialidad y se le pide que su observación sea lo mas objetiva posible.

B.- Datos generales:

Nombre del establecimiento de salud:.....

Nombre de la enfermera (sujeto a observar):

Cargo:

Fecha de observación:

C.- Instrucciones:

Todos los ítems serán evaluados de acuerdo a su frecuencia, en los diferentes escenarios y grupos etáreos en la cual la enfermera desarrolla su función educativa. Se indicara con un aspa en el casillero correspondiente, así tenemos:

F = Frecuente, cuando la actividad lo realiza aproximadamente 4 a mas veces por mes.

PF = Poco frecuente, cuando la actividad lo realiza de 1 a 3 veces por mes.

N = Nunca, equivale a decir que no realiza la actividad.

D.- Contenido:

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Anexo C

TABLA DE CONCORDANCIA **PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS**

ITEMS	No DE JUEZ					P
	1	2	3	4	5	
1	1	1	1	1	1	0.031
2	1	1	1	1	1	0.031
3	1	1	1	1	1	0.031
4	0	0	1	1	1	0.500 (*)
5	1	0	1	1	1	0.388 (*)
6	1	1	1	1	1	0.031
7	1	1	1	1	1	0.031

(*) Las observaciones de estas preguntas se tomaron en cuenta para modificación del instrumento final.

Si $P < 0.05$ la concordancia es significativa.

Favorable = 1 (SI)
Desfavorable = 0 (NO)

Anexo D

**CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LAS ENFERMERAS QUE
LABORAN EN LA MICRORED CHANCAS DE ANDAHUAYLAS.
JUNIO A NOVIEMBRE. LIMA 2006**

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	N	%	CARGO	N	%	SEXO	N	%
Centro materno infantil	3	33.3	Jefatura	5	55.5	Femenino	9	100
Centro de salud	4	44.4						
Puesto	2	22.2	Asistencial	4	44.4	Masculino	0	0
Total	9	100		9	100		9	100

Anexo E

INDICADORES DE LA PLANIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS QUE REALIZA LA ENFERMERA EN LA MICRORRED CHANCAS DE ANDAHUAYLAS. LIMA 2006

Coordinación con el grupo objetivo al planificar las actividades educativas.	Escenarios				Grupo etáreo			
	Establ De salud	Familia	Escuela	Comunid	Niño	Adolesc	Adulto	Adulto mayor
	N	N	N	N	N	N	N	N
Frecuente	3	4	1	2	2	1	2	1
Poco frecuente	5	5	5	5	5	3	6	2
Nunca	1	0	3	2	2	5	1	6
Total	9	9	9	9	9	9	9	9

Brinda educación por iniciativa propia.	Escenarios				Grupo etáreo			
	Establ De salud	Familia	Escuela	Comunid	Niño	Adolesc	Adulto	Adulto mayor
	N	N	N	N	N	N	N	N
Frecuente	4	4	3	3	3	3	4	3
Poco frecuente	5	5	2	6	4	3	5	3
Nunca	0	0	4	0	2	3	0	3
Total	9	9	9	9	9	9	9	9

Realiza diagnostico de necesidades educativas.	Escenarios				Grupo etáreo			
	Establ De salud	Familia	Escuela	Comunid	Niño	Adolesc	Adulto	Adulto mayor
	N	N	N	N	N	N	N	N
Frecuente	1	1	0	0	1	0	0	0
Poco frecuente	7	8	5	7	7	7	8	7
Nunca	1	0	4	2	1	2	1	2
Total	9	9	9	9	9	9	9	9

Considera características culturales de las personas.	Escenarios				Grupo etáreo			
	Establ De salud	Familia	Escuela	Comunid	Niño	Adolesc	Adulto	Adulto mayor
	N	N	N	N	N	N	N	N
Frecuente	4	6	4	6	5	5	6	5
Poco frecuente	5	3	4	3	3	2	3	2
Nunca	0	0	1	0	1	2	0	2
Total	9	9	9	9	9	9	9	9

Realiza cronograma de actividades educativas.	Escenarios				Grupo etáreo			
	Establ De salud	Familia	Escuela	Comunid	Niño	Adolesc	Adulto	Adulto mayor
	N	N	N	N	N	N	N	N
Frecuente	3	3	2	2	3	1	2	0
Poco frecuente	4	4	4	6	3	3	6	4
Nunca	2	2	3	1	3	5	1	5
Total	9	9	9	9	9	9	9	9

Realiza difusión previa a las actividades educativas.	Escenarios				Grupo etáreo			
	Establ De salud	Familia	Escuela	Comunid	Niño	Adolesc	Adulto	Adulto mayor
	N	N	N	N	N	N	N	N
Frecuente	2	2	3	4	1	2	1	0
Poco frecuente	4	4	3	3	5	4	6	5
Nunca	3	3	3	2	3	3	2	4
Total	9	9	9	9	9	9	9	9

Elabora objetivos para cada actividad.	Escenarios				Grupo etáreo			
	Establ De salud	Familia	Escuela	Comunid	Niño	Adolesc	Adulto	Adulto mayor
	N	N	N	N	N	N	N	N
Frecuente	2	3	1	2	1	0	1	0
Poco frecuente	6	4	5	6	6	5	7	4
Nunca	1	2	3	1	2	4	1	5
Total	9	9	9	9	9	9	9	9

Anexo F

Contenidos educativos desarrollado por las enfermeras de la microrred Chancas de Andahuaylas. DISA IV Lima-Este. Junio a noviembre del 2006.

	Contenidos	Escenarios						Grupo etáreo				Total	
		Establ. de salud	Fam.	Esc.	Com	Total		Niño	Adol.	Adu lto	Adulto mayor		
						N	%					N	%
P	Necesidades básicas: Alimentac. Y nutrición	7	4	3	5	19	17.6	8	4	5	1	18	17.5
R	-Higiene	5	4	3	5	17	15.7	7	4	3	2	16	15.6
O	-Actividad física	3	0	0	1	4	3.7	3	0	1	1	5	4.8
M	-Descanso, sueño y relajación	1	0	0	0	1	0.9	1	0	0	0	1	1
C	-Salud sexual y reproductiva:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I	-Planificación familiar												
O	-Paternidad responsable	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N	Salud mental: -Autoestima	2	1	1	1	5	4.6	1	1	1	1	4	3.9
	-Violencia familiar	2	2	1	1	6	5.5	2	1	2	1	6	5.8
	-Habilidades sociales y toma de decisiones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	-Alcoholismo y drogadicción	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Salud ambiental: -Agua segura	2	3	1	4	10	9.3	2	1	3	1	7	6.8
	-Ambientes seguros	0	4	0	1	5	4.6	3	0	2	1	6	5.8
	Otros: -Vacuna e inmunizaciones	8	2	6	2	18	16.6	8	3	4	1	16	15.6
	-Deberes y derechos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	-Escuelas promotoras de salud	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P	Enfermedades de transmisión: TBC;EDA;IRA, VIH, Dengue	7	6	4	4	21	19.4	7	4	8	3	22	21.4
R	Enfermedades no transmisibles: cáncer, diabetes, hipercolesterolemia, HTA.	1	0	0	0	1	0.9	0	0	1	0	1	1
E													
N													
C													
I													
O													
N													
	TOTAL					108	100						103

Anexo G

INDICADORES DE LA EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS REALIZADAS POR LAS ENFERMERAS.

Realiza preguntas que permitan evaluar el tema desarrollado.	Escenarios				Grupo etáreo			
	Establ De salud	Familia	Escuela	Comunid	Niño	Adolesc	Adulto	Adulto mayor
	N	N	N	N	N	N	N	N
Frecuente	3	4	3	3	4	2	4	1
Poco frecuente	6	4	4	6	5	4	5	5
Nunca	0	1	2	0	0	3	0	3
Total	9	9	9	9	9	9	9	9

Refuerza respuestas inadecuadas (del grupo)	Escenarios				Grupo etáreo			
	Establ De salud	Familia	Escuela	Comunid	Niño	Adolesc	Adulto	Adulto mayor
	N	N	N	N	N	N	N	N
Frecuente	3	2	2	3	5	2	2	1
Poco frecuente	5	6	4	5	4	4	6	4
Nunca	1	1	3	1	0	3	1	4
Total	9	9	9	9	9	9	9	9

Realiza análisis crítico y constructivo del proceso educativo.	Escenarios				Grupo etáreo			
	Establ De salud	Familia	Escuela	Comunid	Niño	Adolesc	Adulto	Adulto mayor
	N	N	N	N	N	N	N	N
Frecuente	2	2	1	4	3	2	3	1
Poco frecuente	5	5	6	4	5	5	4	5
Nunca	2	2	2	1	1	2	2	3
Total	9	9	9	9	9	9	9	9

Realiza monitoreo de actividades educativas.	Escenarios				Grupo etáreo			
	Establ De salud	Familia	Escuela	Comunid	Niño	Adolesc	Adulto	Adulto mayor
	N	N	N	N	N	N	N	N
Frecuente	1	2	0	0	2	0	2	0
Poco frecuente	4	5	4	4	5	3	4	3
Nunca	4	2	5	5	2	6	3	6
Total	9	9	9	9	9	9	9	9